

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy. 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 essayé d'obtenir la meilleure copie originale. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Page 231 comporte une numérotation fautive: p. 31.

498
741413

LA REVUE MÉDICALE

Année 1899-1900

REDACTEUR en CHEF **M. T. BRÉNNAN**, Professeur adjoint à l'université Laval et de
Clinique de Gynécologie à l'hôpital Notre-Dame à Montréal.

COMITE DE REDACTION.

MM. M. J. AHERN Professeur à l'université Laval et de Clinique externe à l'Hôtel-Dieu à Québec; **Chc. E. BOISVERT**, Québec; **M. D. BROCHU**, Professeur à l'université Laval et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu à Québec; **F. P. CHAGNON**, Professeur agrégé à l'université Laval, Montréal; médecin de l'hôpital Notre-Dame Montréal; **R. CHEVRIER** Ottawa; **ERNEST DUVAL**, Rochester, N.H.; **J. D. GAUTHIER**, Médecin de l'hôpital Notre-Dame à Montréal; **F. C. S. GAUTHIER**, Professeur adjoint à l'université Laval (St-Ephrem d'Upton); **FR. JOS. LANGLAIS**, Trois-Pistoles; **A. LAURENDEAU**, St-Gabriel de Brandon; **L. F. NORMAND**, Trois-Rivières; **A. ROUSSEAU**, Professeur agrégé à l'université Laval et chargé d'un cours de clinique à l'Hôtel-Dieu de Québec; **L. J. O. SIROIS**, St-Ferdinand d'Halifax; **A. VALLEE**, Professeur à l'université Laval à Québec et Surintendant médical de l'asile des Aliénés de Beauport.

Sec. de la rédaction : **PIERRE BEDARD.** Administrateur : **P. P. BOULANGER.**

VOLUME TROISIEME

MONTREAL
IMPRIMERIE DE LA REVUE MEDICALE

1051 — rue Saint-Denis — 1051

1900

LA REVUE MEDICALE

A NOS LECTEURS

Aujourd'hui, chers lecteurs, *La Revue Médicale* entre dans sa troisième année de vie, — de vie de plus en plus vigoureuse.

L'appréciation et l'appui que lui ont donné pendant ses deux premières années difficiles, précaires, d'une publication de ce genre, méritent en sa faveur pour l'avenir.

De leur côté les directeurs feront tous leurs efforts pour assurer aux lecteurs de *La Revue Médicale* une publication utile et pratique. C'est dans ce but que l'on trouvera un peu de changement dans la direction ; ceci devenait nécessaire afin de partager le travail et de fournir constamment une abondance de matière de diverses sources. Nous visons dans la rédaction du journal à être utile au praticien ; lui n'a pas le temps de parcourir de longs articles scientifiques ; il lui faut des faits utiles pratiques, des renseignements basés sur l'expérience journalière ; des articles courts, et au point. Il faut, par des résumés succints, lui rafraîchir la mémoire de temps à autre ; le mettre au courant des besoins et des progrès modernes. Voilà le but vers lequel nous tendons ; et voilà pourquoi nous sollicitons de nos lecteurs, des articles originaux basés sur leur expérience, sur leur pratique quotidienne, sur les traitements qui leur ont réussi, sur les difficultés qu'ils ont eu à surmonter, sur les échecs éprouvés. Nous prions donc nos lecteurs de nous envoyer des correspondances pratiques.

Tout travail jugé utile au praticien ou touchant les intérêts professionnels locaux sera publié avec plaisir. Nous faisons un appel fraternel à nos compatriotes des États-Unis et des autres provinces de la puissance de nous mettre au courant de leurs besoins, de nous faire rapport de leurs travaux. Il y a trop longtemps que nous, médecins canadiens-français — enfants d'un même pays, de mêmes institutions, — vivons isolés, chacun dans son canton. Il faut se réveiller, fraterniser en médecine comme en religion et en nationalité. L'idée d'un grand congrès médical national canadien-français n'est pas à perdre de vue. Rallions-nous connaissons nous mieux, entraidons-nous plus médecins d'une même famille ! Donc, adressez-vous à *La Revue Médicale* dans vos difficultés ; envoyez-lui le fruit de votre expérience. Nous le répétons, le journal — quoique indépendant, neutre au point de vue des factions locales — sera toujours heureux de publier toute correspondance touchant les intérêts professionnels, laissant toutefois à l'auteur la responsabilité de ses écrits.

Les distingués directeurs et collaborateurs qui déjà nous prêtent le concours de leur science et de leur expérience, nous assurent une abondance de matière pratique ; et la phalange augmentera bientôt.

Le journal restera l'organe du praticien, et nous ferons tout en notre pouvoir pour tenir celui-ci au courant de tout ce qui se passe d'utile et d'intéressant dans le monde médical. L'expérience de ces deux années écoulées nous donne une grande confiance dans l'avenir ! Nos nombreux lecteurs savent que nous avons bien traversé la phase critique ; nous avons réussi à doter la médecine canadienne d'un journal médical de plus, qui est destiné à vivre et à être lu. Avec le généreux concours de nos lecteurs, l'avenir est assuré. Travaillons ; entraidons-nous !

Nous ne pouvons terminer l'année qui s'est écoulée sans remercier cordialement ceux qui ont travaillé pendant ce temps avec tant de désintéressement et de science au soutien de *La Revue Médicale*. Nous les prions, dans l'intérêt de nos lecteurs, de vouloir bien continuer leur généreuse collaboration.

Travaux Originaux

Les désordres urinaux, surtout vésicaux, chez la femme. (1)

par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur adjoint à l'université Laval,
Gynécologiste de l'hôpital Notre-Dame

Dans cette causerie, Messieurs, et celles qui vont suivre, je veux attirer votre attention sur l'étude et le traitement pratiques des désordres de la vessie et des voies urinaires chez la femme. Celle-ci souffre fréquemment de ce côté et dans des conditions pathologiques bien diverses. Comme les causes des troubles urinaires sont ainsi multiples, locales ou éloignées, il s'en suit, chaque fois que certains symptômes sont persistants et rebelles à un traitement hygiénique ou médical doux, qu'il faut, *de toute nécessité*, exiger un examen de la vessie et des organes voisins — et éliminer ou se fixer sur toute cause locale ancienne ou récente ; puis prendre en sérieuse considération l'état général de la personne — actuel et passé.

Pour traiter avec méthode et intelligence les affections variées qui exercent une influence morbide sur la vessie, il faut d'abord connaître ces affections — du moins les plus importantes ; puis savoir à fond la technique de l'examen des organes urinaires et des traitements locaux requis.

Dans cette première causerie dont le temps est si limité, je ne pourrai entrer dans beaucoup de minuties ; je ne pourrai pour ainsi dire que vous mettre sur la bonne voie, insistant sur les généralités, les points saillants, les choses essentielles ; un fonds de connaissances assuré, alors, messieurs, vous serez prêts à poursuivre l'étude des détails de chaque maladie.

Aujourd'hui, messieurs, je ne vous parlerai que de la technique de l'examen ; dans de prochains entretiens, je reviendrai sur certains états particuliers, sur les reflexes, les troubles éloignés, et sur le traitement.

L'examen nécessaire pour se bien rendre compte des symptômes vésicaux, comporte la recherche patiente et attentive dans tout le bassin et dans tout le système génito-urinaire de lésions, de désordres capables de les expliquer. Comme je vous ai donné ailleurs tous les détails de la technique de l'exploration du bassin et de l'abdomen, je ne m'occuperai aujourd'hui que de celle des voies urinaires.

La femme à qui vous devez faire subir un examen de ce genre, doit être reposée ; son moral sera le plus tranquille possible ; elle a dû prendre un laxatif la veille et un grand lavement le matin du jour de la visite. Vous devez la prévenir de *ne pas se donner de douches vaginales* ni la veille ni le jour même — parce que vous voulez noter les sécrétions du tractus génital. De même elle n'aura pas dû uriner depuis quelque temps, afin de constater la nature de la sécrétion de l'urètre et du méat, s'il en existe.

Avant de procéder à aucun examen, vous avez dû prendre en détail l'histoire de la maladie, quelque positifs ou quelque futiles que paraissent les symptômes. Une analyse complète des urines a dû être faite ; non-seulement chimique, mais microscopique et bactéri-

[1] Causerie du jeudi, à l'hôpital Notre-Dame.

riologique; la quantité totale excrétée pendant les vingt-quatre heures, la densité et le dosage de l'urée sont des renseignements précieux à avoir. Vous aurez pris connaissance du régime de vie de votre patiente et des médicaments qu'elle prend ou qu'elle a pris tout dernièrement.

En dernier lieu, avant de vous adresser directement aux voies urinaires inférieures, vous recueillerez tous les renseignements fournis par l'examen de l'abdomen, de la région rénale et du bassin.

L'examen se base sur : 1° l'inspection externe, 2° le palper, 3° l'emploi d'instruments et de méthodes spéciales.

Pour l'examen, la personne doit être habillée assez chaudement, mais de façon à permettre au médecin toute facilité dans les différentes manipulations exigées. Votre premier devoir est de constater la nature des sécrétions vulvaires, vaginales (au moyen du spéculum), utérines, de l'urètre et du méat, et d'en recueillir dans chaque endroit pour l'examen microscopique et bactériologique; les parties explorées sont soumises à une inspection attentive. Il faut maintenant, avant de terminer l'inspection et de procéder à aucune exploration interne, désinfecter, aseptiser les organes sur lesquels doit porter l'examen; donc, d'abord, douche vaginale tiède antiseptique, puis des précautions toutes spéciales pour l'urètre et la vessie. Avez-vous constaté la présence de pus dans l'urètre ou dans les glandes de Skene, il est de votre devoir de vous en débarrasser avant d'introduire des instruments dans les organes, afin surtout de ne pas entraîner ce pus dans la vessie et infecter celle-ci, alors qu'elle était peut-être au préalable indemne, mais en état de réceptivité. Alors, si la patiente peut, vous lui dites d'uriner un peu, mais de ne pas vider sa vessie entièrement, et vous recueillez dans un verre stérile numéroté no 1, cette première urine qui a lavé l'urètre.

1 Ceci fait, pour plus de certitude, vous lavez le méat urinaire et la vulve soigneusement avec une solution antiseptique et vous introduisez dans l'urètre un cathéter à boule à *jet rétrograde*, dans lequel vous poussez une solution saturée d'acide borique. De cette façon vous stérilisez l'urètre d'arrière en avant, et il y a beaucoup moins de risque d'infecter la vessie. L'urètre est-il très sensible, profitez-en pour faire une instillation de cocaïne de 4 % à 10 % au moyen du même cathéter. — Il est bon de se rappeler que ce médicament produit chez certaines personnes une ischémie de la muqueuse, suivie d'une congestion assez prononcée. — Cette toilette de l'urètre terminée, vous faites uriner la malade de nouveau et vous recueillez la première partie dans un verre stérilisé no 2, et le résidu dans un verre no 3. Maintenant vous faites un lavage de la vessie avec une solution tiède saturée d'acide borique, au moyen d'un cathéter mou stérile, ou mieux avec l'appareil que je vous décrirai plus tard, au sujet du traitement.

Pour tous ces préparatifs, de même que pour le toucher et le palper, la position dorsale est celle qui est plus utile, en observant les précautions que je vous ai données en vous décrivant les différentes positions gynécologiques. Le décubitus latéral gauche ou droit offre des avantages pour l'examen de la paroi antérieure du vagin. La position genu-pectorale rend souvent de réels services et ne devra jamais être négligée pour compléter un palper bimanuel de la vessie; c'est la meilleure pour l'endoscopie uréthrale et vésicale, et pour pratiquer le cathétérisme des uretères.

L'inspection est habituellement aidée du toucher digital

superficiel. Pour retirer des renseignements exacts de l'inspection, la patiente doit être à l'aise, relâchée et les parties à voir nettement exposées, — par les doigts, des écarteurs, un spéculum — et bien éclairées. La lumière du jour fait-elle défaut, on emploie un éclairage artificiel : lampe avec réflecteur ou miroir frontal, lampe électrique frontale. Dans le cas d'une lampe et d'un miroir frontales le foyer lumineux est placé au-dessus du pubis, un peu vers la gauche de la patiente. Pour l'endoscopie, un bon éclairage est de toute nécessité.

L'examen de *visu et de tactu* des parties externes nous donne entre autres des renseignements sur les sécrétions, les déplacements, les fistules urinaires, les néoplasmes, les caroncules du méat, l'inflammation de l'urètre et du méat; révèle des lésions blennorragiques, syphilitiques, diabétiques, etc. Par l'inspection et la palpation on peut juger, par la présence d'une tumeur ou par son absence, de l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie. Comme la rétention d'urine est fréquente et que certaines personnes urinent par regorgement, il faut ne pas oublier ce fait, et avant chaque opération pratiquer le cathétérisme et ne pas se fier au dire de la patiente.

Pour explorer l'urètre et le méat, un ou deux doigts de la main gauche suffisent. Il va de soit que l'examen fait pour la recherche du pus dans l'urètre et dans le méat, doit être pratiqué avant la désinfection décrite plus haut, afin de juger des sécrétions, de leur nature, de leur siège, et de pouvoir en recueillir. Pour faire une exploration avec profit, il faut observer certains détails de technique. Les sécrétions vulvaires et vaginales vues et notées, la vulve, l'entrée du vagin et le méat urinaire sont soigneusement essuyés avec des tampons de coton hydrophile aseptique; pour ce nettoyage, de même que pour l'exploration, le méat et son voisinage sont franchement exposés à la vue par la *surface dorsale* de l'index et du médium droits. L'index gauche enduit de glycérolé d'acide borique, et recouvert, au besoin, d'un doigtier mince, est introduit jusqu'au col de la vessie, en déprimant la paroi postérieure du vagin et en évitant d'exercer une pression sur l'urètre; là, la pulpe du doigt dirigée en haut, il est appuyée sur l'origine de l'urètre, et l'examineur commence une pression qui devra être *continue* et non intermittente jusqu'à la fin de l'examen; cette pression se fait d'arrière en avant; arrivé au méat, la pulpe du doigt est tournée en haut et en arrière de façon à bien *écraser* l'ouverture sur le pubis et à exprimer des glandes de Skene tout leur contenu. Une sécrétion uréthrale trouvée est recueillie avec un fil de platine flambé ou mieux avec une pipette stérilisée. Une partie en est conservée pour faire des cultures et avec une autre on fait des frottis minces sur cinq lames ou lamelles bien propres : — un pour la coloration simple, un pour la double coloration éosine et bleu de Loeffler, un pour le Gram, un pour la tuberculose et un pour le bacille du smegma. Les index exerçant une pression de chaque côté du méat, permettent de voir la partie antérieure de l'urètre. L'inspection, la *cueillette* des sécrétions et la désinfection terminées, l'examineur, les mains bien stérilisées, procède au toucher et au palper.

Le toucher digital et le palper bimanuel.

Le même toucher que pour prendre connaissance des sécrétions, répété attentivement, nous permet de juger de l'état de l'urètre, des lésions périurétrales, de la sensibilité exquise de quelques caroncules, etc. Lorsqu'il devient nécessaire d'examiner la vessie et les

tissus périvésicaux, il faut employer deux doigts dans le vagin, tandis que la main opposée palpe la paroi abdominale. De cette façon, *par un palper combiné, méthodique et léger*, on se rend compte de la sensibilité, de l'état de vacuité ou de plénitude de la vessie, de son contenu (calculs, corps étrangers); on juge de l'épaisseur, de la résistance des parois vésicales; en fixe une cystite au col, à l'orifice des uretères, etc. Pour l'exploration minutieuse, il faut que la vessie soit vide.

Vous ne devez pas négliger d'interroger l'espace vésico pubien ou de Retzius, à fond de tissus cellulo-adipeux et qui peut recéler des lésions diverses (abcès, sarcomes etc.); de même faudra-t-il ne pas oublier l'espace cellulaire sous péritonéal utéro-vésical, dans lequel on peut trouver des abcès primitifs ou secondaires, du sarcome, de l'hématôme, etc.

Dans l'examen de la vessie il est bon de s'aider du plan résistant osseux du pubis, sur lequel on comprime les différentes parties de la vessie.

Le palper se termine par les uretères. Il ne faut jamais négliger d'examiner attentivement ces conduits, car souvent — plus souvent qu'on ne le croit-ils sont intéressés plus que la vessie (calculs, pus, urine, etc.). A l'état normal on peut souvent en percevoir le bout inférieur à travers le vagin; mais c'est surtout lorsqu'ils sont malades, grossis, douloureux, qu'ils contiennent des calculs ou sont envahis par un néoplasme, qu'on les trouve bien. Le meilleur procédé consiste à exercer une pression continue sur l'abdomen avec trois ou quatre doigts de la main droite près du bord externe de la vessie, pendant que deux doigts de la main gauche explorent méthodiquement et délicatement, en *frôlant* pour ainsi dire, la voute du vagin; c'est ici que vous trouverez de grands avantages à employer le moyen que je vous ai décrit sous le nom de *palper par glissement et par échappement*, et qui consiste, comme vous vous en rappelez, à chercher à faire passer entre les doigts des mains opposées qui palpent, les tissus que l'on examine, et cela par un mouvement de *glissement* dans la même direction, simultané; alors les cordons durs, tendus, les brides, les corps durs, ronds, libres, adhérents, *échappent* des doigts explorateurs.

Pour s'habituer à retrouver et à reconnaître les uretères, il vaut mieux examiner du pubis vers le sacrum tout le bas-fond de la vessie; puis reprendre en partant de la ligne médiane vers les côtés. En prenant ces précautions, vous finirez, avec un peu de patience, de persévérance et de tact, par vous habituer à localiser et à reconnaître près de la vessie les cordons formés par ces conduits normaux ou pathologiques; pour les suivre plus loin, vers le promoteur, il faut employer le toucher rectal. Je ne puis, messieurs, mieux faire que de vous citer certaines remarques de Howard Kelly sur cette palpation:—

“ La vessie et le rectum doivent être vides, la patiente dans la position de Simon. *Par le vagin*. — L'index est dirigé très en haut et en dehors dans un des culs-de-sac vaginaux, vers la paroi du bassin; puis vous faites une pression descendante vers la paroi postérieure. L'uretère donne la sensation d'un cordon plat qui *écha*, *pe* sous le doigt; on doit suivre cette corde jusqu'au point où elle s'incurve entre la paroi antérieure du vagin et la vessie. Le palper bimanuel facilite ces manipulations. L'uretère peut être confondu

avec une *artère obturatrice* parallèle au vagin, mais celle-ci est petite, ronde, et a des pulsations avec le *nerf obturateur*, mais celui-ci se dirige vers le trou obturateur et lorsqu'on le tend, produit de la douleur dans la jambe; il faut ne pas le confondre non plus avec le rebord du releveur ou de l'obturateur interne.”

Par le rectum. — “ Par l'intestin vide on peut suivre l'uretère du détroit supérieur jusqu'au plancher du bassin; celui de gauche est plus facile à palper. Le doigt déprime fortement le plancher pelvien et se porte jusqu'à la bifurcation de l'artère iliaque commune, d'où l'on peut suivre l'artère iliaque interne; immédiatement en arrière et tout près de ce vaisseau on trouve ce cordon particulier qui se dirige d'abord en bas, puis en avant. Une bougie dans l'uretère rend ce palper très facile.”

A travers la paroi abdominale. — “ L'uretère peut être senti à travers des parois abdominales très minces. Un uretère malade est généralement très douloureux à la pression et on peut parfois ainsi le suivre. L'examineur cherche le promontoire et à 3 centimètres (1½ po.) à gauche ou à droite de cette proéminence et un peu au-dessous d'elle se trouve l'endroit où l'uretère sort du bassin et une pression profonde le fait reconnaître. Quelquefois si à ce moment un doigt dans le vagin tend l'extrémité vésicale du conduit et la relâche vivement le choc est perçu par la main à l'extérieur, au détroit supérieur.”

N'oubliez pas, messieurs, que pour l'exploration de la vessie, des tissus périvésicaux et des uretères, parfois la position gène-pectorale vous fournira des renseignements précieux.

Voilà, messieurs, les principales données que vous devez avoir présentes à l'esprit lorsque vous faites l'inspection et la palpation simples.

Je dois maintenant vous dire, que le toucher digital intravésical, est un procédé *détestable et dangereux*; et qu'avec raison il est presque abandonné de tous, car nous avons d'autres moyens plus sûrs et moins dangereux; j'ai connaissance personnelle de deux femmes qui sont mortes des suites de la dilatation digitale de l'uretère et de l'exploration digitale de la vessie.

(A suivre)

REVUE DES JOURNAUX

Les arthrites et arthragies du membre inférieur
d'origine sympathique,

Par M. JABOULAY

Une série d'affections articulaires jusqu'ici encore mal déterminées doivent être rattachées à des perturbations fonctionnelles du sympathique sacré. Nous l'avons déjà dit dans le *Lyon Médical*, janvier 1899 (à deux reprises: le traitement de la névralgie pelvienne par la paralysie du sympathique sacré; le traitement d'affections douloureuses des membres inférieurs (sciatique, névrite, arthrites nerveuses) par la paralysie des branches sympathiques du sciatique), et dans la *Province médicale*, mars 1899: Rôle du sympathique dans les névralgies.

Les trois grandes articulations peuvent être prises: l'articulation de la hanche, celle du genou, ou bien celle du coup-de-pied. On y observe tantôt de la simple raideur due sans doute à la contracture des muscles périarticulaires occasionnée elle-même par la douleur, tantôt une véritable hydarthrose. Et même les tissus périarticulaires peuvent être infiltrés au point de simuler par exemple

pour l'articulation du genou, une phlébite ou une thrombose de la veine fémoro-poplitée. J'ai vu l'épanchement se reproduire au moindre mouvement quelque peu brusque de la jambe ou du pied, après un heurt qui prenait tout de suite les allures de l'entorse sérieuse. Un autre malade conservait un peu d'hydarthrose même dans les moments où le genou paraissait le plus dégagé.

Les masses musculaires s'atrophient ou du moins diminuent à la longue. Quand aux douleurs, elles sont tantôt superficielles et profondes, tantôt seulement profondes et localisées aux culs-de-sac articulaires. Il n'y a donc pas que le tégument qui soit doué de l'hyperesthésie.

L'exploration des parties constituantes de l'articulation ne révèle d'ailleurs rien d'anormal, sauf parfois l'épanchement.

Cette variété d'arthrite, que l'on appelle dans le langage classique arthrite nerveuse ou arthralgie, peut survenir, soit après un traumatisme (et alors on peut l'observer aussi chez l'homme), soit spontanément chez la femme jeune. Dans le sexe féminin, elle nous a jusqu'ici toujours paru liée à des troubles de la menstruation et des organes génitaux internes. Chez deux de mes malades, la menstruation avait disparu dès l'âge de 22 ans et de 25 ans, et quelque temps après cette disparition chez l'une s'était déclaré de l'asthme d'abord, puis l'arthrite du genou avec atrophie d'un membre inférieur, chez l'autre immédiatement l'arthralgie du genou. Une autre malade avait dû subir la castration tubo-ovarienne un an avant l'apparition d'une arthrite tibio-tarsienne. Une autre enfin conservait des règles douloureuses avec des troubles vaso-moteurs du membre inférieur qui se traduisait par de l'hydarthrose du genou et des douleurs, depuis le sacrum jusqu'au cou-de-pied.

Cette catégorie de malades est justiciable du même traitement chirurgical si l'affection a résisté, comme cela est trop fréquent, aux moyens classiques, y compris l'électricité, de la discision du sympathique sacré, obtenu par le décollement du rectum ; on le fait du côté du membre douloureux et habituellement il n'y en a qu'un seul (j'ai cependant vu une jeune fille chez laquelle les deux genoux étaient pris simultanément, et un autre où ils avaient été atteints successivement).

Le décollement du rectum, fait en introduisant sur la face antérieure du sacrum, par l'incision parasacrée, une douzaine de petits tampons de gaze, déchire avec les ganglions sympathiques sacrés un grand nombre de filets nerveux sympathiques afférents ou efférents, dont quelques uns viennent lorsqu'on retire une seconde série de tampons introduits après l'extraction des premiers. Ils sont formés à la fois des branches qui vont des ganglions sympathiques sacrés au voisinage et en particulier aux branches d'origine du sciatique et de ces ganglions au plexus hypogastrique ; il en est qui ont de 20 à 25 centimètres.

Quand à l'explication de la cessation des douleurs et de la récupération fonctionnelle dans le membre inférieur après ces discisions elle réside dans la modification apportée au système du sciatique par la rupture de ces branches végétatives et de ses nervi nervorum.

Du côté des viscères pelviens, l'hyperesthésie génitale est diminuée, soit par le fait même de la suppression du sympathique, soit par les modifications qui se produisent de ce chef dans l'irritabilité des branches efférentes du plexus sacré et de l'une d'elles en particulier, le nerf honteux interne.

L'interprétation et la thérapeutique que nous proposons pour ces perturbations d'organes ou de jointures, révolutionnent quelque peu les idées en cours jusqu'ici : elles nous paraissent devoir prendre le pas sur l'hypothèse des névromes estéo-articulaires, et sur la pratique de la résection articulaire, de l'amputation ou de la désarticulation.

Ces considérations s'appliquent aussi aux névralgies des moignons d'amputation du membre inférieur. Et j'espère que pour elle la paralysie du sympathique sacré donnera la suppression des douleurs

que j'ai obtenue pour les névralgies pelviennes et articulaires même les plus invétérées.

(Lyon méd.)

Nous sommes heureux d'attirer l'attention de nos lecteurs sur cet intéressant article de M. Jaboulay, et cela surtout au point de vue gynécologique. Nous sommes convaincus que l'on trouve dans le sympathique pelvien la cause de beaucoup de désordres douloureux réflexes chez la femme. Maintes fois des ovaires et des utérus ont été sacrifiés, sans résultat valable, pourquoi, parce que l'on s'est adressé à des organes qui n'étaient que les porte-voix de lésions de l'innervation pelvienne et que l'on ne s'est pas attaqué à la cause véritable, le sympathique et les nerfs pelviens. La chirurgie nerveuse du bassin chez la femme est encore jeune, mais elle sera, nous en sommes persuadé depuis longtemps et nous le prêchons à nos élèves — de la plus grande utilité dans l'avenir. La résection, la discision, l'excision nerveuses sont appelées à protéger la femme contre beaucoup de mutilations inutiles, quasi criminelles. M. T. B.

Operations conservatrices sur les ovaires.

par C. JACOBS.

Si l'exercice de notre art nous donne généralement peu de satisfaction, il est parfois des circonstances, qui nous mettent brusquement vis-à-vis de la réalité d'un résultat thérapeutique espéré, entrevu, nous procurant ainsi une des joies les plus pures qu'il nous soit donné de ressentir.

Le public, le monde médical même, nous accuse si souvent — nous chirurgiens — d'avoir pour le bistouri une passion trop effrénée, qu'il y a satisfaction grande à démontrer que nos interventions ne servent pas seulement à mutiler les Femmes. Notre but est plus élevé, plus scientifique, plus humanitaire. Le progrès de la technique chirurgicale ont permis à tous d'entreprendre la guérison des affections génitales rebelles par les moyens sanglants ; si parmi les interventionnistes il en est qui par la brusquerie de leurs décisions ont pu justifier les épithètes, qu'on nous donne parfois, l'on verra que par les efforts et les expériences multipliées beaucoup sont parvenus aujourd'hui à conserver à l'humanité bien des existences qui eussent été condamnées il y a quelques années encore.

En 1896, je fus consulté par une demoiselle X..., d'Anvers. Cette personne souffrait depuis 15 ans environ des troubles multiples qu'apporte maintes fois dans l'organisme la dégénérescence bystiques des ovaires. Ces manifestations s'étaient déclarées peu de temps après l'établissement de la menstruation, vers l'âge de 14 ans. Celle-ci, assez irrégulière, fut souvent suivie de crises douloureuses avec péritonite localisée qui la tenait alitée plusieurs semaines. Au début, ces phénomènes morbides ne se présentaient que de loin en loin. Peu à peu ils devinrent plus fréquents, les douleurs continues, la marche et les mouvements des plus pénibles, au point que la malade passait une quinzaine de jours alitée par mois.

Tous les traitements médicaux furent essayés et toutes les cures minérales suivies, mais en vain. C'est vers cette époque que je vis la personne la première fois. L'état général était précaire, l'état moral des plus déprimés. L'examen local me permit de noter les lésions suivantes : Col de nullipare, assez allongé ; corps petit, atrophié, en antéversion. Dans le cul-de-sac de Douglas, ovaire droit, du volume d'une mandarine, hystique, fluctuant, très sensible, la trompe droite paraît normale. L'ovaire gauche est haut situé, assez gros, dolent à la pression, la trompe paraît saine.

Tous les phénomènes réflexes qui se manifestaient plus intenses au moment des crises, semblent se réveiller à propos de l'examen des organes génitaux, et d'autre part l'insuccès absolu des multiples traitements mis en oeuvre depuis tant d'années, me firent d'emblée proposer comme seul moyen de traitement efficace l'ablation des annexes utérines, me réservant de laisser l'ovaire gauche entier ou en partie, si je jugeais de visu, que ses altérations permettaient semblable abandon.

Quelque pénible que fût ce moyen radical, il fut accepté. Je fis l'opération en 1896. Elle consista en l'ovariotomie droite avec salpingectomie. L'ovaire gauche n'étant atteint de dégénérescence que dans une moitié environ de son étendue, je me contentai d'enlever de cet organe toute la partie dégénérée. Cette excision fut faite au bistouri et les parties restantes de l'ovaire furent saturées à la soie fine par points séparés.

Les suites de l'opération furent normales. La malade se remit rapidement et put aller passer l'hiver dans le midi de la France, où la santé générale devint des plus florissantes.

La menstruation restait cependant irrégulière, peu abondante. Et des examens locaux que je pratiquai de loin en loin me permirent de constater l'état stationnaire des organes génitaux ; l'utérus restait petit, idolent, l'ovaire gauche petit, mais très sensible.

Vers cette époque, peu de mois après l'opération, se trouvant un peu plus souffrante à Paris, elle y consulta le Dr Segond, qui émit l'avis qu'il eût mieux valu enlever tous les organes.

En présence de la persistance de la dysménorrhée, et de l'atrophie génitale, je fis alors prendre régulièrement le vin oophoriné par la malade. Dès le second mois, la menstruation se régularisa, devint plus abondante, les douleurs disparurent. Tant et si bien qu'en 1898 je reçus un jour la visite de l'intéressante malade dans le but de savoir si elle pouvait se marier. Je n'y voyais aucune objection sérieuse, mais je tins cependant à prévenir le futur de l'opération faite et des suites probables qu'elle aurait au point de vue la procréation. Le mariage eut lieu en 1898.

En novembre de cette année je revis la personne, qui, désespérée, venait me conter le retour de tous ses anciens maux et douleurs pelviennes, aménorrhée, vomissements, dépression morale, etc. Pensant à une grossesse, j'examinai les organes génitaux, mais trouvai l'utérus petit, mobile, les annexes gauches toujours dans le même état.

Je conseillai la reprise de l'extrait d'ovaires, des exercices physiques journaliers, des distractions.

En décembre 1898 la menstruation reparut normale, et je crus constater une légère augmentation de volume de l'utérus.

En janvier 1899, menstruation très minime.

J'ai revu la personne ces jours derniers, dans le même état moral qu'en novembre, plus de menstruation, vomissements fréquents, douleurs vagues dans tout l'abdomen, etc. L'examen génital me fait constater un utérus en antéversion, mobile, à parois molles, dont le volume dépasse le pubis, le col est remolli, veloute, enfin légère cyanose vulvaire. J'examinai la poitrine ; aucun doute, la grossesse datait de trois mois.

Je fis part de l'heureuse nouvelle à la maman. J'assistai alors à l'explosion d'un bonheur si intense et si touchant en même temps, que cet instant restera vivace dans mes souvenirs pendant bien longtemps. J'avoue avoir ressenti là une minute de joie bien rare !

J'ai obtenu un résultat pareil il y a quelques années chez une jeune Femme atteinte de la même affection. J'enlevai chez elle l'ovaire gauche et laissai environ la moitié de l'ovaire droit. Un an et demi après l'opération, elle mettait au monde un gros garçon.

De pareils résultats viennent donc, tout exceptionnels qu'ils soient, plaider en faveur de l'abandon des parties saines des ovaires, lorsque dans les affections qui nécessitent l'intervention radicale, les trompes et l'utérus sont sains. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de parler encore d'opérations similaires sur les organes génitaux.

(Progrès méd. belge.)

Colique saturnine et appendicite,

Par M. LE GENDRE

M. Sergent a publié deux observations d'appendicite chez des saturnins appendicites qui rappelaient beaucoup le tableau clinique

de la colique de plomb ; à ce propos, il conseille, en présence d'une colique saturnine, de ne pas administrer immédiatement les drastiques, mais de donner uniquement de la morphine pendant un jour ou deux de manière à pouvoir préciser le diagnostic en éliminant l'appendicite. Avec mon interne, M. Leroy, j'ai observé un saturnin, ayant des accidents avérés de saturnisme aigu, offrant un liséré plombique des plus nets, qui est entré à l'hôpital pour des coliques abdominales : le malade se croyait atteint de coliques de plomb ; la douleur était identique à celle qu'il avait éprouvée aux crises précédentes, et c'est le diagnostic de coliques de plomb qui avait été porté par un médecin ; mais le pouls était rapide, la température un peu élevée, la douleur localisée au point de Mac Burney. On avait affaire à une appendicite qui finit par guérir sans opération.

Chez un deuxième malade, j'ai vu une crise appendiculaire succéder à une colique de plomb. Le malade, broyeur de minium, était entré à l'hôpital avec le symptomologie franche d'une colique de plomb : constipation absolue, douleur abdominale diffuse soulagée par les pressions larges et profondes, ventre aplati, vomissements bilieux, lenteur du pouls (42), apyrexie (37, 2 R), foie petit, absence d'albumine, tout permettait d'affirmer le diagnostic, et de fait le malade guérit rapidement par les drastiques, mais quelques jours plus tard les douleurs abdominales réapparurent ; le ventre se ballonna, la température dépassa 39, le pouls devint rapide, du subictère apparut et la douleur, non soulagée par les pressions profondes, se montra maxima dans la fosse iliaque droite. L'évolution ultérieure montra qu'on était réellement en présence d'une appendicite ; M. Chaput fut d'avis d'intervenir, mais le malade se refusa à toute opération et je pensai qu'on pouvait temporiser. Cette crise appendiculaire ne tarda pas à guérir par le traitement médical.

Les deux diagnostics posés successivement pour les deux crises douloureuses sont inattaquables ; le malade a eu, sans aucun doute, une appendicite succédant à une colique saturnine.

Quel lien doit-on admettre entre ces deux états ? Une simple coïncidence est un peu vraisemblable. L'action directe du plomb pourrait peut-être expliquer les accidents en créant, dans l'appendicite, une prédisposition à l'infection. Mais alors on devrait rencontrer plus souvent l'appendicite chez le saturnin ; c'est là du reste, une question d'étiologie à étudier plus en détail.

M. Le Gendre est disposé à admettre un rôle joué par la médication drastique intensive, mise en œuvre si souvent chez les saturnins, d'autant mieux qu'il a vu, chez un individu non saturnin atteint d'embarras gastrique, une purgation d'eau-de-vie allemande (20 gr.) être suivie d'un état cholériforme avec crise appendiculaire. On pourrait rapprocher de ce fait le cas de M.M. Ettinger et Reclus, ou un lavement de sublimé détermina, chez une femme, de la colite avec appendicite.

M. Florand cite l'observation d'une jeune fille qui, ayant été prise de coliques abdominales très vives, fut soignée par un chirurgien, qui ouvrit le ventre immédiatement et ne trouva rien. Trois mois plus tard les mêmes accidents se montrèrent de nouveau. M. Florand pensa à une colique de plomb, et trouva la cause de l'intoxication dans le maniement des couleurs à base de plomb, le pinceau étant fréquemment porté à la bouche.

(Soc. méd. des hôp. et France méd.)

L'opération de Schroeder sans les inflammations cervicales.

Par R. PICHEVIN.

Ce n'est pas sans satisfaction que nous avons vu triompher l'opinion que nous avons défendue à maintes reprises dans ce journal. L'amputation du col, d'après la méthode de Schroeder, sort réhabilitée de la discussion qui s'est déroulée à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatre de Paris.

Nous n'avons cessé de dire qu'il y avait certainement une confusion dans l'esprit de quelques chirurgiens et que l'opération de Schröder n'était pas correctement exécutée.

Tout dernièrement encore nous voyons pratiquer cette opération pour une simple cervicite. Le chirurgien qui exécutait cette amputation taillait des lambeaux cervicaux invraisemblables et il nous avouait qu'il n'avait jamais pu obtenir l'adaptation parfaite et par suite la réunion par première intention. Il est bien certain que l'opération faite sous nos yeux ne ressemble en rien à celle qui a été décrite par Schröder.

Aussi sommes-nous absolument de l'avis de Bossi (de Gènes) qui, dernièrement, dans la *Gynécologie*, écrivait : "..... Il est déraisonnable, dans un acte opératoire conservateur, de mutiler une partie quand on peut la réduire à l'état physiologique".

"Et la possibilité de faire un tel acte opératoire de manière à conduire la partie à l'état physiologique, nous l'avons en ne pratiquant ni l'amputation dans le mauvais sens du mot, ni l'excision totale de la portion vaginale, mais la PLASTIQUE du col, ou bien l'excision seule des parties du col qui sont malades et de celles qui sont en excès, de manière qu'une fois la cicatrice formée, le col reprend à peu près sa forme et son volume physiologique.

... La technique (de la cervicectomie) changera pour chaque cas, la gynécologie devant se régler soit dans l'excision (manière, forme, extension), soit dans la suture des parties excisées, selon l'état anatomique du col, comme le sculpteur ôte plus ou moins dans une forme ou dans une autre la glaise de son ébauche, selon les diverses parties qu'il doit modeler."

Ces conceptions sont exactes. Il ne s'agit pas, en vérité, dans l'opération de Schröder, qui a pour but de mettre fin à une métrite cervicale invétérée, d'amputer la totalité de la portion vaginale du col. L'amputation dite de Schröder n'est pas — il faut le répéter après Bossi — une amputation au vrai sens du mot. Aussi peut-être serait-il bon, comme le propose Bossi, de ranger l'opération de Schröder, celle d'Emmet et quelques autres du même genre sous le nom générique de plastiques du col. On éviterait ainsi des erreurs d'interprétation.

(La Semaine gynécologique)

—:o:—

Le pouls hésitant et sa valeur pronostique dans la pneumonie franche lobaire aiguë.

Par le Dr G. CARRIÈRE,

On a beaucoup discuté et l'on discute encore sur les différents caractères que peut présenter le pouls dans le cours de la pneumonie franche lobaire aiguë et sur la valeur pronostique de ses diverses modalités.

C'est ainsi que l'on a insisté et à fort juste raison, du reste, sur la fréquence du pouls, son rythme, son énergie, son dirotisme et sa tension. C'est ainsi que l'on a attiré l'attention sur le phénomène de la récurrence palmaire et ses indications pronostiques (professeur Jaccoud).

A côté de ces diverses modalités, il en est une que je n'ai jamais vu signalée nul part et qui me semble posséder une réelle valeur pronostique : je veux parler du pouls hésitant.

Ce phénomène a été vaguement décrit dans le cours de la dothiéntérie. La description du symptôme est implicitement contenue dans sa dénomination même. Il semble en effet dans ces cas que le cœur hésite à lancer l'ondée sanguine dans le système artériel et cette hésitation se reconnaît aisément et au doigt et sur les tracés sphygmographiques. Au doigt, on se rend parfaitement compte de cette hésitation, et l'artère radiale, au lieu de se distendre brusquement après l'impulsion systolique, ne se soulève que progressivement, comme à regret ou avec peine. Sur les graphiques, il est aisé de se convaincre qu'on n'est point en présence d'un phénomène subjectif.

Sur un tracé sphygmographique normal, la ligne d'ascension est presque verticale. Il n'en est plus de même dans le phénomène que nous décrivons. Ici la ligne d'ascension est plus ou moins oblique, pénible.

Le symptôme étant décrit, quelle est sa valeur pronostique dans la pneumonie franche lobaire aiguë.

On ne le rencontre que rarement dans le cours de cette affection. Je l'ai recherché à l'heure actuelle et depuis 1892 dans 28 cas de pneumonie franche lobaire aiguë. Je l'ai trouvé chez 6 malades, soit dans 21,5 p. 100 des cas.

Or, sur ces 6 malades qui présentèrent ce symptôme, 5 sont morts. Il est donc légitime de penser que c'est là un symptôme qui ne se produit que dans les formes graves et à évolution fatale : sur 6 malades morts de pneumonie, je l'avais, en effet, noté 5 fois, soit dans 83 p. 100 des cas.

Le phénomène est surtout marqué le soir de 3 à 6 heures ; c'est à ce moment que j'ai obtenu mes courbes les plus typhiques.

Il apparaît du 4^e au 6^e jour, jamais je ne l'ai observé avant cette date. Il coïncide ordinairement avec une tension artérielle minima. Dans 3 cas, en effet, celle-ci était de 10, dans un cas de 8, dans un cas de 7, 5^e et dans un dernier de 7.

Il ne coïncide jamais avec le dirotisme.

A l'examen du myocarde, j'ai toujours trouvé les caractères de la myocardite segmentaire.

En résumé, l'apparition du pouls hésitant dans le cours de la pneumonie doit faire craindre une terminaison fatale : c'est cette indication pronostique qui m'a semblé assez importante pour être mise en évidence.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

De la médication bromurée.

Par le docteur P. JAMOT

L'intérêt de plus en plus vif que portent les praticiens à tout ce qui touche la thérapeutique, nous a fait suivre avec la plus vive curiosité toutes les communications faites depuis quelques années dans les divers congrès médicaux et en particulier tout récemment à la Société de biologie au sujet des effets thérapeutiques comparés du bromure de potassium et du bromure de strontium.

Si des maîtres éminents comme Iegrand de Saulle, A. Voisin et J. Falret ont été les intronisateurs du bromure de potassium en France, les neuropathologistes les plus illustres se sont faits depuis les vulgarisateurs de leurs doctrines, et on est obligé de constater que le bromure de potassium est demeuré quand même le remède souverain dans le traitement des maladies nerveuses en général, de l'épilepsie en particulier. Tout récemment, M. Jules Voisin pouvait encore écrire : "De tous les médicaments internes employés jusqu'à ce jour contre l'épilepsie, le bromure de potassium est celui qui rend les plus grands services."

Mais c'est le propre de la science de ne pouvoir jamais s'en tenir à un résultat acquis, d'être toujours à la recherche du mieux. La parfaite innocuité des sels de strontium et leur tolérance par certains estomacs moins sympathiques aux autres bromures, déjà constatée par Germain Sée, Constantin Paul et Dujardin-Beaumetz, dont les observations concordent avec celles de Vulpian, a été bien mise en relief après eux par M. Laborde. Plus récemment, revenant sur le même sujet, M. Laborde, avec sa compétence incontestée, montrait que le bromure de strontium à haute dose, donnait les résultats les plus favorables dans l'épilepsie. Jamais, avec le bromure de strontium, il n'a constaté d'accidents de bromisme.

L'épilepsie n'est pas seule justiciable des sels de strontium et, sans remonter jusqu'aux expériences si probantes de Germain Sée, on connaît l'utilité des sels de strontium dans les affections de l'estomac, des reins et du cœur. Dans les dyspepsies gastro-intestinales, l'usage du bromure de strontium régularise la digestion, fait dis-

paraître les douleurs si elles existent (la gastralgie et l'entéralgie), et enfin dissipe les flâtuosités qui constituent un des principaux inconvénients de ces dyspepsies.

Dans la thérapeutique, si pauvre, des altérations rénales et de l'albuminurie, l'usage des sels de strontium et particulièrement du bromure est un auxiliaire puissant. Par l'administration de ce médicament on diminue notablement les proportions d'albumine, souvent même elles arrivent à disparaître; la dyspepsie, la céphalalgie, qui indiquent un commencement d'intoxication urémique, s'atténuent, les œdèmes cessent de se produire.

Enfin, le bromure de strontium est particulièrement indiqué chez les individus atteints d'affection du cœur, chaque fois que l'hérédithisme de l'organe, les palpitations, les crises d'étouffements nécessitent l'emploi d'un sédatif.

Les justes méfiances de praticien, si grandes à l'égard de la pureté du bromure de potassium, se sont montrées plus ombrageuses encore, et avec raison, à l'égard de la pureté des sels de strontium, toujours si difficiles à isoler des sels de baryte dont la toxicité est à redouter. On a en effet signalé des accidents à la suite d'indigestion de sels de strontium; mais le médicament employé avait-il été soumis au procédé d'analyse signalé par M. Dujardin-Beaumetz, et qui eût peut-être amené la découverte d'une certaine proportion de baryte?

De ces faits découle une double conclusion:

La première affirme une fois de plus l'efficacité et la supériorité du bromure de potassium, lorsqu'il est bien préparé, dans le traitement des maladies nerveuses, supériorité qu'un passé expérimental de près de trente ans a déjà démontrées.

Une seconde conclusion s'impose d'une manière non moins évidente, qui propose à la thérapeutique le bromure de strontium, comme un succédané du bromure de potassium, dans le cas où l'estomac du malade tolère mal le bromure de potassium donné pendant longtemps. — (*Gaz. des Hôp.*)

Traitement de l'anorexie chez les enfants.

d'après M. le Dr H. BEER (de Vienne).

Le médecin se trouve souvent consulté par les mères au sujet du manque d'appétit des enfants. Bien que l'anorexie ne soit qu'un symptôme, c'est souvent un trouble assez marqué au milieu d'autres effacés, pour qu'elle semble en quelque sorte constituer toute la maladie.

Laisant de côté l'anorexie prodromique ou symptomatique des affections aiguës on peut dire que parmi les affections apyrétiques qui s'accompagnent d'innapétence, les plus fréquentes sont l'anémie, le catarrhe chronique de l'estomac et l'helminthiase.

L'anémie apparaît chez les enfants de 7 à 12 ans. Elle se reconnaît à la pâleur du teint, à la céphalée, à la constipation et s'accompagne d'anorexie.

Le catarrhe chronique de l'estomac qui précède souvent ou parfois suit l'anémie est également caractérisé par l'innapétence. Il en est de même de l'helminthiase.

Le médecin doit s'efforcer de reconnaître la cause de l'anorexie, car le traitement est purement causal.

Contre l'anémie les préparations ferrugineuses, les bains chauds, l'acide chlorhydrique, le repos; contre le catarrhe chronique la diète, les enveloppements chauds sur l'estomac; contre les vers, les anthelminthiques habituels: tels sont les principes du traitement.

Le traitement symptomatique ne doit cependant pas être négligé. Les amers, le tannate d'orexine donnent de bons résultats.

Mais il est des points essentiels sur lesquels on a peu coutume d'insister et qui cependant méritent d'être pris en considération.

Le premier est que la faim survient généralement à contre-temps. Par exemple si l'heure du repas est fixée à midi il arrive

souvent que l'enfant a faim vers 10 h. 1/2 ou 11 heures. En effet le premier repas du matin, léger, prépare à un nouveau repas.

Si l'enfant demande à manger au moment où il a faim, la mère lui donne quelque chose pour calmer cette sensation. Il en résulte qu'à l'heure du repas l'enfant n'a plus d'appétit. Il convient en pareil cas d'obéir au besoin éprouvé par l'enfant, mais au lieu de lui donner de quoi patienter et tromper sa faim, il faut lui faire prendre un repas complet et ne plus exiger de lui qu'il mange au repas suivant.

Le second point est qu'en général la mère parle du manque d'appétit de l'enfant devant celui-ci, au médecin et à ses connaissances. L'enfant prend ainsi l'habitude de s'observer, il se pénètre de l'importance de manger aux heures du repas, résiste au besoin de manger quand il se fait sentir, et surtout s'il est nerveux, s'en irrite. On retombe ainsi dans un cercle vicieux. L'enfant s'irrite parcequ'il ne mange pas et ne mange par parce qu'il s'irrite. Il en résulte qu'il faut éviter de parler de son appétit devant l'enfant.

En tenant compte de ces deux remarques c'est-à-dire donner à manger à l'enfant lorsqu'il a faim, ne jamais parler de son appétit devant l'enfant, on arrive souvent sans l'aide d'aucuns médicaments à de très bons résultats.

(*Klin. ther. Woch. — Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

Nouveau traitement de l'artériosclérose.

d'après M. le Dr KOWALEWSKI

M. le Dr Kowalewski a attiré l'attention sur un nouveau traitement de l'artériosclérose préconisé par Rumpf.

L'artériosclérose étant caractérisée par ce fait que des sels calcaires viennent se déposer sur les parois artérielles affaiblies, les conditions de guérison de la maladie sont:

1° Diminuer la quantité de sels calcaires introduits avec les aliments dans l'organisme;

2° Décalcifier les artères et éliminer les sels de l'organisme.

On arrive à remplir le premier desideratum en prescrivant un régime approprié.

Contrairement à ce que l'on préconise habituellement, le Dr Rumpf condamne l'emploi du lait. Le sel est très riche en sels calcaires, aussi convient-il de le proscrire complètement. Voici le régime qu'il propose: 250 grammes de viande, 100 grammes de pommes de terre, 100 grammes de pain, 100 grammes de fruits, 100 grammes de poisson. On peut y ajouter un peu de beurre et de sucre.

Les fruits peuvent de même être remplacés par les légumes. Un menu composé suivant ces principes contient 10 fois moins de sels calcaires que le régime lacté, ce qui le rend plus propre à l'hygiène des artérioscléreux.

Indépendamment du lait, il faut interdire aux artérioscléreux le fromage, les œufs, les radis, le riz, les épinards. Comme boisson, prendre de l'eau pure distillée ou bouillie.

Quand au traitement médicamenteux, il est quelques substances, telles que le colomel, le sublimé, l'iodure de mercure qui augmentent l'élimination des sels calcaires.

L'acétate de potasse, l'acide oxalique, l'acide lactique ont le même effet. Rumpf conseille d'administrer la potion suivante:

Carbonate de soude..... 10 gr. (2½ drachmes).

Acide lactique pour saturer

Eau..... 200 gr. (6 onces.)

D'après lui, l'emploi de cette potion et du régime ci-dessus indiqué augmenterait l'excrétion des sels calcaires dans la proportion de 50 à 52 p. 100.

(*Ibid.*)

Traitement des vomissements de la grossesse.

Lefour aurait réussi, dans un cas rebel ayant résisté à tout, par un *stypage* énergique tout le long de la colonne vertébrale.

L'orexine donne des résultats satisfaisants et durables au dire de Frommel, de Hermann et d'autres. S'administre à la dose de 4 $\frac{1}{2}$ grains deux ou trois fois par jour.

Bacon dit que le décubitus dorsal est important, qu'il faut surveiller la peau, les intestins, les reins et le tempérament névropathique de la personne. Il faut faire disparaître toute cause d'irritation périphérique. Dans les cas sérieux les *injections sous-cutanées de sérum artificiel* diluent le sang, augmentent la tension vasculaire, éliminent les toxines par les voies rénales et intestinales et fournissent deux aliments importants. Il dit que l'accouchement forcé n'est jamais nécessaire. A l'époque où cette opération peut être pratiquée sans danger, elle n'est plus indiquée, et dans les cas extrêmes, elle augmente de beaucoup le danger, arrête rarement les vomissements et peut être remplacée avantageusement par le sérum artificiel.

(*Cyclopedia of Practical Medicine.*)

La lactose comme oxytocique.

par M. KEIM.

La lactose a été employée par M. Keim dans dix accouchements et dans un avortement au deuxième mois avec rétention placentaire. Ce médicament est efficace, mais n'agit qu'après dilatation complète du col. La dose minime est de 1/2 à 1 once. Il vaut mieux répéter plus fréquemment des petites doses. Il convient mieux aux multipares et est d'autant plus actif que le travail est plus avancé. Dix minutes a été le minimum pour que l'effet se produise; mais avec un col rigide, il a fallu parfois deux heures. La lactose n'a paru avoir aucun effet sur l'expulsion de la suite, sur la contraction utérine après l'accouchement ou sur la sécrétion lactée. Dans le cas d'avortement, la lactose a produit son effet en dedans d'une heure, et cessa d'agir après l'extraction du placenta; d'où la conclusion qu'il faut qu'il y ait un corps étranger dans l'utérus pour que le médicament agisse. La lactose n'est pas toxique, n'influence guère l'état puerpéral et n'agit nullement sur le fœtus; son action se porte sur le système musculaire en général; elle serait donc un tonique en même qu'un oxytocique.

(*Cyclopedia of Practical Medicine.*)

Traitement de l'épilepsie par le bromure de strontium

M. Laborde a dans une récente séance de la Société de biologie, établi que, chez certains épileptiques ayant de l'intolérance gastrique, le bromure de strontium se trouve absolument indiqué. Son activité est comparable à celle du bromure de potassium et il est toujours bien supporté. M. Laborde cite à l'appui trois cas d'épilepsie fonctionnelle grave, avec accès très fréquents, traité avec plein succès par le bromure de strontium à haute dose.

Il faut pour obtenir un effet thérapeutique rapide, commencé par 2 à 3 grammes par jour; on augmente la dose tous les deux jours de 1 gramme, de façon à arriver à donner rapidement 8, 10, 12 grammes par jour. On assiste alors à la disparition progressive des accès.

Fait intéressant à signaler, même à haute dose le bromure de strontium ne provoque pas d'accidents de bromisme.

(*Gaz. des hôp.*)

Allenes méconnus et condamnés

Nous accusons réception d'un travail intéressant de MM. les docteurs Geo. Villeneuve, surintendant médical de l'asile d'aliénés St-Jean de Dieu, Longue Pointe et E. P. Chagnon, médecin assistant à la même institution, sur "Les aliénés méconnus et condamnés" par tribunaux criminels.

Nous donnons ci-dessous les conclusions que ces messieurs tirent de l'ensemble des faits exposés dans ce travail lu à la 55e session annuelle de l'*American medico association psychologique* tenue à New-York, du 23 au 26 mai 1899.

1° Il ressort de cette étude que l'appréciation de la folie échappe manifestement à la compétence des magistrats, qui restent forcément étrangers aux connaissances spéciales de la médecine.

2° Les magistrats devraient donc considérer comme un devoir de leur charge, d'ordonner l'expertise médicale des prévenus chez qui les circonstances du crime, l'attitude ou les antécédents peuvent faire soupçonner un état mental défectueux.

3° Chaque fois que la défense allègue l'irresponsabilité du prévenu, les magistrats devraient ordonner une expertise médicale rigoureuse, portant sur tous les éléments de la cause.

4° Les magistrats devraient confier cette mission à des médecins dont les connaissances spéciales et l'expérience donneraient toute garantie de compétence.

5° Les médecins des prisons devraient examiner tous les prévenus et faire rapport aux magistrats sur ceux dont l'état mental laisse des doutes.

Le signe de la langue dans l'influenza

C'est un enduit saburral qui ne manque dans aucun cas d'influenza, qui donne une réaction acide au papier de tournesol et la conserve tant qu'il en persiste une parcelle sur la langue. D'où l'indication pour M. d'Hôtel des alcalins *intus et extra* dans le traitement de la grippe. La durée de la maladie serait moindre, le retour à la santé plus franc, plus prompt, les complications beaucoup plus rare.

(*Lyon méd.*)

FORMULAIRE**Quinine en obstétrique.**

par MACKNESS.

Dans le cas d'accouchement retardé par épuisement du muscle utérin, étant supposée, ni angustie pelvienne ni anomalie fœtale comme explication possible du retard, il est indiqué de ne pas recourir au seigle, mais de prescrire d'abord 0,50 de quinine une heure après 0,25, et même encore une heure après, si besoin est, une seconde fois 0,25.

(*Edin. Méd. Journ., et Lyon méd.*)

Elixir dentifrice antiseptique.

Salol	3 grammes
Alcool à 90°	100 —
Essence de badiane	50 cent.
— de géranium	50 —
— de menthe	1 —

(*Bull. de pharm. de Lyon.*)

NOUVELLE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC. — A la dernière réunion de cette société tenue à l'asile d'aliénés de Québec, le 22 juin dernier, les élections ont donné le résultat suivant :

Président : T. J. W. Burgess, surintendant médical du Protestant Hospital for the Insane, Verdun.

Vice-Président : Geo. Villeneuve, surintendant médical de l'asile St-Jean de Dieu, Longue Pointe.

Secrétaire : E. P. Chagnon, médecin assistant de l'asile St-Jean de Dieu, Longue Pointe.

Travaux Originaux

Les désordres urinaux, surtout vésicaux, chez la femme. (1)

par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur adjoint à l'université Laval,
Gynécologiste à l'hôpital Notre-Dame

(Suite)

L'emploi d'instruments. — Je vais maintenant, messieurs, vous dire quelques mots sur l'emploi de certains instruments dont on se sert pour le diagnostic des troubles urinaux ; les principaux sont la sonde vésicale ordinaire, les spéculums urétraux et vésicaux, le cystoscope, les instruments pour l'examen et le cathétérisme des urètres.

Il va sans dire que chacun de ces instruments doit être absolument aseptique. Si vous ne pouvez pas — mais vous le pouvez toujours — prendre les précautions antiseptiques voulues, remettez l'examen ou ne le faites pas du tout ; car vous ferez toujours du tort à votre malade et parfois ce tort sera considérable ; vous serez coupable scientifiquement et, ne l'oubliez pas, responsable au point de vue légal, de dommage causé.

Dans l'introduction et la manipulation de tout instrument dans les voies urinaires vous devez user d'une extrême délicatesse ; encore plus faut-il être prévenu lorsque vous employez un anesthésique local ou général ; défiez-vous alors de votre instrument — de votre main. Avant d'introduire un instrument dans la vessie, il faut enlever l'urine et injecter une solution d'acide borique : car pour retirer de bons renseignements d'une exploration à l'aveugle — c'est-à-dire sans éclairage de la cavité vésicale — il faut du liquide dans la vessie, — cocaïne à l'urètre si besoin.

La sonde à petite courbure, métallique, pleine, à bout olivaire, vous permettra de reconnaître les corps étrangers, les irrégularités de la muqueuse, la sensibilité ; de localiser les points douloureux ; de constater l'épaisseur, la friabilité, la dureté des parois ; de vous renseigner sur la forme et le siège d'une tumeur, etc. Elle vous dira la direction, la sensibilité, l'épaisseur de l'urètre. Pendant toute la durée de cet examen — qui doit être court si la vessie est douloureuse et bien malade — il est très utile de faire de la contre exploration, avec tantôt deux doigts dans le vagin et tantôt la main sur la paroi abdominale. Lorsqu'il faut tourner le bec de la sonde dans différentes directions, n'oubliez pas, messieurs — dans le but d'épargner les parois de la vessie, que c'est le manche, l'extrémité externe, de l'instrument qui doit faire le grand cercle, et le bec dans la vessie, le petit ; comme je vous l'ai dit ailleurs, c'est la même règle à observer pour l'emploi de l'hystéromètre.

Si, messieurs, les renseignements donnés par l'inspection, le palper et l'usage de la sonde ne vous sont pas suffisants, alors il faut avoir recours à l'examen direct, *de visu* : — à l'endoscopie, à la cystoscopie, à l'urétroscopie et au cathétérisme des urètres.

Quelques mots sur ces moyens de diagnostic.

Dans ces examens directs les organes doivent être le plus secs possible ; il faut éviter soigneusement tout écoulement de sang et une surabondance du lubrifiant ; la muqueuse doit être délicatement essuyée avec un tampon de coton hydrophile stérile, porté

sur une longue pince fine, qui vaut mieux qu'un stylet ou un porte-coton.

L'urétroscopie. — Cet examen est presque toujours nécessaire, car c'est bien souvent le seul moyen de se renseigner d'une façon précise sur beaucoup d'états morbides de l'urètre — états qui entraînent des désordres vésicaux qui ne cèdent que par la guérison de la cause, qui, elle, sans examen attentif, passe bien souvent inaperçue. On voit ainsi cette pauvre vessie maltraitée, parce qu'elle se plaint avec raison de la maladie d'un organe voisin. Recherchez, messieurs, alors la présence des caroncules, de polype, d'une urétrite congestive, etc., d'un néoplasme, d'un corps étranger, etc.

En écartant les lèvres du méat avec les index on réussit généralement à avoir un aperçu d'une légère portion du canal, mais pour l'intérieur, il faut un endoscope, un spéculum ; celui-ci doit être cylindrique, muni d'un mandrin conique, ou être obturé à l'extrémité interne et à jour sur un des côtés ; le premier est préférable, car il exige moins de mouvements et donne une bonne vue d'ensemble du pourtour de canal, sans l'inconvénient de la compression ; l'autre a ce dernier désagrément et n'offre à la vue qu'une partie restreinte du canal à la fois. Le calibre du spéculum doit être approprié au canal ou aux recherches voulues ; de 8 à 12 millimètres de diamètre. La lumière doit être bonne : et n'oubliez pas encore, messieurs, d'éviter l'écoulement de sang si possible. Au besoin on précède l'introduction de l'instrument de cocaïnisation du conduit avec une solution de 10 %, injectée avec une seringue à courant rétrograde ou appliquée au moyen d'un tampon de coton hydrophile. Quatre ou cinq minutes plus tard, l'instrument peut être introduit sans douleur.

Le méat est-il trop étroit, vous faites une petite incision bien nette, aux ciseaux, vers la partie inférieure de l'orifice ; après l'examen, vous fermerez, si lieu, cette petite plaie par quelques points de suture. Vous pourrez faire la dilatation avec le dilatateur conique de Kelly. Le spéculum en place, vous enlevez le mandrin et vous asséchez soigneusement la muqueuse à mesure que vous retirez le spéculum. L'inspection doit être faite lentement minutieusement ; quelquefois, un long stylet fin fournit des renseignements sur certains détails (polype pédiculé, conduits glandulaires, etc.)

Cystoscopie. — Cet examen important se fait au moyen de spéculums vésicaux ou urétraux, de différents calibres ou bien au moyen de l'endoscope électrique ; ce dernier instrument rend, chez la femme, moins de service que le simple spéculum cylindrique. Lorsque vous employez celui-ci la vessie doit être vide de liquide, distendue par l'air ; pour l'usage du cystoscope électrique, au contraire, l'organe doit contenir un liquide transparent. Pour l'emploi de l'un et l'autre instrument la patiente peut être placée, soit, 1^o dans la position dorsale exagérée de Simon : c'est-à-dire les cuisses fortement fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses ; la personne est soutenue — un fort coussin sous le sacrum — par deux aides, ou au moyen d'un appareil approprié ; — soit 2^o dans la position génu-pectorale — à tous les points de vue préférable comme exploration. L'examen étant parfois d'une durée assez longue, il vaut mieux — surtout pour des personnes nerveuses et affaiblies — supporter le bassin par une sangle passant d'un côté à l'autre, retenue par deux aides ou mieux reliée à deux montants.

[1] Causerie du jeudi, à l'hôpital Notre-Dame.

La personne étant aussi à l'aise que possible, le spéculum, muni de son mandrin est délicatement introduit en suivant bien la courbure de l'urètre ; la vessie, une fois le mandrin retiré, se vide et on favorise l'écoulement en inclinant le spéculum. Reste-t-il encore du liquide dans le bas fond on l'enlève avec un appareil à suction — cathéter muni d'une poire ou d'une seringue, ou avec un peu de coton hydrophile.

Il s'agit maintenant d'examiner méthodiquement la vessie dans tous ses recoins. A l'état normal les parois en sont lisses, d'un blanc mat, avec çà et là des arborisations vasculaires quelquefois très prononcées, surtout au trigone. Pour bien explorer partout, il faut de toute nécessité que le spéculum soit pourvu d'un manche qui ait du bon sens ; à angle avec l'axe de l'instrument pour ne pas gêner la vision et ensuite carré ou à cannelures, pour qu'il ne glisse pas dans la main et qu'il puisse être saisi solidement — manche qui nous rend maître de l'instrument. On parcourt toute la paroi du fond attentivement dans différentes directions ; pour arriver à voir le trigone et les parties voisines du col, il faut incliner fortement le manche de l'instrument en haut, en bas et sur les côtés.

Il faut noter toute altération morbide : inflammation, colonnes charnues, foyers hémorragiques, granulations, ulcérations, concrétions, néoplasmes, etc.

Les orifices des uretères demandent une attention toute spéciale.

Examen des orifices urétéraux. — Très souvent — la plupart du temps, messieurs — il faut de la pratique, du tâtonnement pour acquérir l'habileté nécessaire à l'examen des uretères. Une fois le trigone visible — reconnaissable à sa plus grande vascularité et surtout à son immobilité relative pendant l'acte respiratoire — vous inclinez le manche du spéculum une vingtaine de degrés d'un côté de la ligne médiane ; ainsi le bec du spéculum se trouvera dans le voisinage immédiat de l'orifice urétéral du côté opposé ; un instant de tâtonnement et de patience habituellement vous fera découvrir une petite élévation rosée, au centre de laquelle vous apercevrez une petite dépression, une petite ouverture circulaire ou une petite fente linéaire plus foncée. Pour s'assurer que c'est bien l'orifice urétéral, on attend un instant et s'il n'y a pas d'obstruction, on voit sourde, ou quelquefois jaillir, une gouttelette d'urine par la petite fente. Un long stylet fin peut être utile pour sonder cette ouverture. Veut-on recueillir l'urine qui s'échappe d'un uretère on peut employer le spéculum en bec de flûte ou l'instrument spécial de Kelly qui s'adaptent aisément au pourtour de l'orifice ; ou encore on introduit un cathéter dans chaque uretère et on recueille l'urine qui s'écoule de chaque conduit séparément dans des tubes ou des verres aseptiques. Une analyse comparative établit la similitude ou la différence de l'état de chaque rein ; et ce point de comparaison est souvent de la plus haute importance. Cependant J. Israël dit formellement qu'au point de vue anatomique, histologique, on ne peut se prononcer positivement par le cathétérisme sur l'état sain ou morbide d'un rein. Le simple fait de sonder les orifices des uretères, et encore plus le cathétérisme de ces conduits demande les précautions aseptiques et antiseptiques les plus rigoureuses ; la vessie est-elle bien infectée, il vaut souvent mieux attendre. Israël dit que ni le cathétérisme des uretères, ni celui des bassinets n'est

exempt du danger d'infection. Veuillez, messieurs, ne jamais oublier ce fait.

Le cathétérisme des uretères et des bassinets. — Comme vous le savez probablement, ceux qui ont fait beaucoup, sinon le plus, pour faciliter la technique et faire ressortir les grands avantages du cathétérisme des uretères, ce sont Kelly de Baltimore et Pawlik, de Prague.

Comme instrumentation spéciale, il faut des cathéters, métalliques rigides et d'autres en caoutchouc ou en soie, longs, flexibles, pour le cathétérisme du bassinets et pour déceler les calculs.

Si l'orifice de l'uretère est très douloureux — comme j'en ai vu des cas — on peut essayer un badigeonnage à la cocaïne à 10% pendant quelques minutes. Il faut se rappeler cependant comme dit Albarran, que la cocaïne dans la vessie est souvent peu utile et est dangereuse pour un organe malade ; cette remarque s'adresse plutôt cependant aux solutions injectées dans la vessie.

La vessie est-elle malade, infectée, je vous le répète il faut s'entourer des plus minutieuses précautions pour ne pas porter cette infection dans les uretères et jusqu'au rein. Il faut désinfecter cette vessie avant de tenter le cathétérisme.

Un cathéter est insinué dans le conduit et dirigé en haut et en dehors ; on attend un instant alors, et s'il sort une goutte d'urine par le cathéter, l'uretère est donc en totalité ou en partie perméable ; sinon, il y a obstruction ou acrinie. Sentez-vous une résistance, que l'instrument n'avance plus, arrêtez, ne poussez plus ; palpez de la main gauche par le vagin, par le rectum ; au besoin, confiez l'instrument à un aide et pratiquez le palper bimanuel.

Il s'agit d'une condure, d'une oblitération partielle ou totale du conduit par une cause interne ou externe (calcul, rétrécissement, néoplasme — tumeur, compression —). Pour juger de la présence d'un calcul, Kelly conseille d'enduire le bout ou de faire une virolle, sur une bougie molle, avec de la cire ; la pierre laisse sur cette cire des égratignures caractéristiques.

Veut-on se rendre jusqu'au bassinets ou explorer la partie supérieure de l'uretère, on se sert d'une longue bougie molle ou d'un long cathéter flexible. Avec ces instruments il faut généralement employer un mandrin. Une fois un instrument introduit, la palpation des uretères devient beaucoup plus facile. Souvent ce moyen est employé dans les opérations laborieuses sur les organes du bassin, afin de se reconnaître plus facilement et ainsi éviter de léser ces conduits importants. Comme on le verra plus loin ce cathétérisme occupe une place utile dans la thérapeutique des maladies urétérales et rénales. Dernièrement, Kelly signalait la valeur du cathétérisme du rein dans les cas de douleurs ou de tumeurs surtout du côté droit ; lorsque le cathéter touche les calices du rein la malade éprouve une douleur spéciale ou il se produit une colique néphrétique. Le siège de cette douleur peut avoir beaucoup d'importance au point de vue diagnostique.

Cette opération est donc des plus importantes et ne doit pas être négligée. Elle n'est pas cependant toujours facile et vous "raterez" souvent, messieurs, avant de réussir. *Experientia docet.*

Endoscopie électrique. — L'emploi de cystoscope électrique est d'une importance beaucoup moindre chez la femme que chez l'homme ; chez elle le spéculum se manie plus facilement, donne des renseignements plus positifs et exige moins d'habitude de manipula-

tion. On emploie donc assez rarement le cystoscope. L'instrument peut rendre des services réels dans certain cas, cependant (ulcérations tumeurs, etc, près du col). Pour s'en servir la vessie doit contenir environ 150 grammes d'un liquide transparent ; il faut éviter tout écoulement de sang. L'examen doit être rapide et de courte durée vu la chaleur dégagée par la lampe ; il faut à tout prix que celle-ci ne vienne pas en contact avec les parois de la vessie, car elle produit des brûlures avec escharres, qui sont graves. Les images données par le cystoscope sont renversées.

En résumé, donc, messieurs, pour l'examen des voies urinaires chez la femme, vous suivrez la marche suivante :

- 1o Préparation de la malade.
- 2o Analyse complète des urines.
- 4o Examen des organes externes et des sécrétions. — palper de l'uretère.
- 4o Désinfection des voies génito urinaires.
- 5o Examen des organes génitaux.
- 6o Examen de l'urètre, (soude, spéculum).
- 7o Examen de la vessie, (le palper, la sonde, le spéculum).
- 8o Examen des orifices urétéraux.
- 9o Exploration des uretères et des bassinets.
- 10 Cystoscopie électrique.

Voilà, messieurs, dans un aperçu bien rapide, les points les plus pratiques qu'il vous faut connaître dans le technique de l'examen des voies urinaires chez la femme. Saisissez-en bien l'importance et faites-en bénéficier vos clientes. Vous resterez, je l'espère, messieurs, convaincus que cet examen n'est pas une chose banale qui se fait en passant et à la légère, mais, qu'au contraire, c'est une chose sérieuse, importante qui exige de la méthode, des connaissances et qui mérite toute votre attention.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des hémorroïdes.

La Société de chirurgie vient d'étudier cette question pratique avec les résultats suivants. Les mesures considérées sont la dilatation anale, l'igniponcture, la cautérisation, la volatilisation, l'excision, la ligature, et l'opération de Whitehead. Tous sont d'accord que le procédé doit varier suivant les lésions. La dilatation simple n'est pas suffisante à elle seule ; elle est cependant une ressource précieuse contre les douleurs sphinctérales, contre le saignement et pour prévenir les crises de tuméfaction douloureuse. Elle ne fait qu'aggraver généralement le prolapsus habituel qui survient après les évacuations intestinales ou pendant la marche (Berger). La dilatation sert cependant plutôt de préparatif à une intervention plus radicale. On préconise l'orthoforme (vaseline 30 p. orthoforme 1 p.) comme analgésique locale. (Ollier, Schwartz).

Il y a certaines hémorroïdes que l'on ne doit pas opérer : "celles des personnes à tempérament sanguin, à vaso-moteurs sensibles, sujettes à des congestions cutanées ou viscérales passagères et qui malgré leurs pertes sanguines conservent une santé et une activité parfaites ; aussi celles de certains névropathes irritables ou dégénérés (Tuffier)." "Il faut s'abstenir d'opérer pendant une crise douloureuse aiguë ; on peut soulager alors en piquant les bourrelets les plus distendus et en recouvrant d'un pansement antiseptique humide. (Berger)."

Pour les petits bourrelets hémorroïdaires non procidentés l'igniponcture est préférable de l'avis de tous presque. Les hémor-

rhoïdes sont-elles procidentes quelques opérateurs préfèrent l'excision avec le bistouri et la suture de la muqueuse.

Schwartz et Routier attachent avec un fil et sectionnent.

Les hémorragies graves, entraînant l'anémie, des douleurs vives pendant ou après la défécation, un prolapsus volumineux progressif ou difficilement réductible la concomitance d'une rectit-ulcéreuse (Picqué), exigent une intervention opératoire plus considérable : la cautérisation, la volatilisation, l'ablation sanglante.

Tillaux reste fidèle au fer rouge, qu'il emploie avec succès depuis 35 ou 40 ans, et qu'il n'a jamais cru devoir abandonner. Il insiste que le thermocautère est hémostatique quand on sait s'en servir : il est indispensable de le tenir au rouge sombre et d'appuyer un peu sur les tissus. Il rappelle qu'il ne cherche jamais à couper avec le fer rouge ; il veut seulement avoir une cautérisation interstitielle. Il ne repousse pas le Whitehead, mais dit que puisque dans la cautérisation on possède un traitement excellent, simple, à la portée de tous les médecins, pourquoi le changer ? Ollier, Pozzi et Berger sont de l'avis de Tillaux. Berger fait de la cautérisation, de la volatilisation avec les pinces-cautère de Richet depuis 24 ans et s'en est bien trouvé ; il n'a jamais eu de rétrécissements post-opératoires, rarement de récidive, et n'a eu qu'une seule hémorragie. Berger distingue quatre formes d'hémorroïdes, chaque forme pouvant exister seule ou plusieurs coexister ; les h. saignantes, les h. douloureuses, les h. enflammées, et les h. procidentes.

Pozzi fait de l'igniponcture depuis 20 ans. Il fait la dilatation, abaisse les bourrelets et les cautère avec la pointe du thermocautère ; pour prévenir les rétrécissements, au niveau de chaque hémorroïde, il fait une cautérisation profonde. Les résultats ont toujours été excellents ; l'opération est simple et non dangereuse.

Bazy pratique la volatilisation surtout dans les hémorroïdes volumineuses et voit une indication de cette opération dans l'anémie extrême de certains malades.

Monod, depuis 1882, fait l'excision au bistouri. Il fait administrer deux purgatifs successifs ; ne donne pas de lavement et emploie l'anesthésie chloroformique. Il fait la dilatation avec le spéculum de Trélat, saisit un à un les bourrelets avec un clamp placé bien parallèlement à l'axe de l'intestin et en le faisant monter aussi haut que possible dans la cavité rectale : il évite ainsi les sutures cutané-muqueuses. Il sectionne au devant du clamp seulement les hémorroïdes, sans la muqueuse saine, et il suture en faisant une hémostase soignée. Les résultats seraient toujours parfaits.

Reclus pratique la même opération pour laquelle il trouve la cocaïne le meilleur anesthésique. Il fait un pansement avec un gros tube enroulé de gaze enduite de pommade à l'orthoforme. Résultats parfaits.

Jusqu'à il y a deux ans, Schwartz faisait la volatilisation, mais il trouvait les suites pénibles, les douleurs vives et le traitement prolongé. Maintenant il fait un Whitehead qui lui réussit toujours et qui est une excellente opération à la condition d'être pratiquée avec minutie.

Pozzi trouve que l'excision est toujours délicate, souvent difficile, expose aux rétrécissements et est d'une asepsie difficile.

Poirier se prononce contre le thermocautère. Il dit en parlant de l'ablation circulaire qu'il n'a jamais pu obtenir une réunion sans aucune supuration. Tuffier dit si le bourrelet fait cercle complet il faut un Whitehead, qui est une opération facile, commode, à résultat net, radical ; c'est la seule opération applicable, la seule logique et efficace, seulement, s'il se fait de la suppuration on court le risque d'un rétrécissement.

On conseille d'éviter de sectionner la peau, dans le Whitehead, de bien limiter son incision à la jonction de celle-ci et de la muqueuse. Bazy fait la remarque qu'il faut éviter de sectionner trop dans la peau, mais que pour se débarrasser des franges gênantes il faut savoir enlever la quantité de peau nécessaire, tout en évitant l'inconvénient d'une éversion de la muqueuse.

Delbet préfère le bistouri et la suture au thermocautère. Il conseille au sujet du *Whitehead*, d'inciser *juste ras* de la peau, mais de ne pas empiéter sur elle ; pour éviter l'hémorragie, de bien chercher le bord interne du sphincter, au niveau duquel *seul* la muqueuse se décolle facilement sans perdre de sang.

Delorme s'en tient au *Whitehead* primitif. Il constipe ses opérés pendant huit jours afin d'avoir une adhésion sûre de la muqueuse et de la peau ; et il rapproche les genoux de ses opérés. Il trouve cette opération indiquée surtout quand la muqueuse est malade, angiomateuse, prolabée.

Picquet, trouve la cautérisation et l'igniponcture inférieures à l'ablation ; il fait un *Whitehead* légèrement modifié.

Comme résumé de cette discussion nous pouvons dire : 1° Que le traitement le plus simple des petites hémorroïdes, c'est l'igniponcture ; 2° Que pour les hémorroïdes isolées pédiculées, l'igniponcture, la ligature avec un fil et la section avec l'instrument tranchant ou avec le thermocautère sont indiquées ; 3° Sont-elles plus volumineuses, nous avons le choix de l'excision méthodique au bistouri, parallèle à l'intestin, et la suture de la muqueuse saine ; ou la cautérisation ou la volatilisation ; 4° Sont-elles très volumineuses proidentes et accompagnées des lésions rectales ; le bourrelet fait-il un cercle complet, ou presque complet, autour de l'anus, alors il faut s'adresser à la volatilisation ou faire un *Whitehead* minutieusement. 5° Que chaque cas présente un peu ses indications particulières.

6°. *Monod* dit, qu'il paraît résulter de cette discussion que le *Whitehead* a perdu quelques-uns de ses partisans et il ne devient par sa difficulté qu'un procédé d'exception. De tout ce que l'on a dit nous trouvons que tous les procédés sont bons et que tous donnent d'excellents résultats.

De la laryngite coqueluchoïde

M. PAUL GALLOIS a eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de toux coqueluchoïde, les uns à l'état sporadique, d'autres à l'état épidémique. Il semble exister actuellement une sorte de constitution médicale caractérisée par la fréquence de ces toux coqueluchides.

Cette toux coqueluchoïde s'observe surtout chez les enfants, mais peut se voir aussi chez les adultes. Les sujets adénoïdiens y paraissent particulièrement prédisposés. Le froid semble être une cause provocatrice ; peut-être faut-il admettre aussi la contagion.

Le début est assez brusque ; tandis que dans la coqueluche vraie il y a des prodromes de bronchite pendant 8 ou 15 jours avant l'apparition des quintes caractéristiques, dans la toux coqueluchoïde les crises typiques se montrent immédiatement. Parfois cependant chez les jeunes enfants, la toux coqueluchoïde est précédée pendant un jour ou deux par des accès de faux croup ou de toux aboyante.

La toux coqueluchoïde se produit par crises. Chez les grandes personnes qui peuvent donner des renseignements, l'accès débute par un chatouillement insupportable au niveau du larynx. Cette même sensation doit exister aussi chez les enfants, car avant l'accès, on les voit s'arrêter de jouer, rougir, retenir leur respiration, en un mot, méditer leur quinte comme dans la coqueluche vraie. Cette quinte ressemble beaucoup à celle de la coqueluche, cependant elle ne donne pas lieu à la reprise bruyante si caractéristique qui a été comparée au cri du coq.

La quinte ne se termine pas comme dans la coqueluche vraie par l'expulsion de glaires filantes. Tout au plus voit-on les grandes personnes cracher dans leur mouchoir une petite quantité d'un mucus jaune ambré extrêmement visqueux. La quinte aboutit souvent à des efforts de vomissement, mais les malades ne rejettent qu'une gorgée alimentaire. L'alimentation n'a jamais été entravée d'une façon inquiétante, comme cela se voit dans la coqueluche vraie. Il n'existe pas d'ulcération du frein de la langue. Quelques

malades ont eu de l'enrouement, d'autres du coryza, d'autres un peu de bronchite très transitoire. Parfois l'expectoration a présenté des filets de sang. Ce sont là les seuls phénomènes associés ou complications que l'on observe.

Les crises se produisent surtout le soir, au moment où les sujets se mettent au lit. Il y a aussi un maximum le matin au réveil. Le repas est une occasion de toux coqueluchoïde, de même les rires, les pleurs, les mouvements un peu brusques. Le nombre des quintes peut être assez grand, une vingtaine au moins par 24 heures.

Comme signes généraux, on note parfois un peu de fièvre, mais par poussées ne durant guère plus d'une journée. A part cela, la santé est peu affectée, sauf quand les quintes nocturnes empêchent le sommeil.

La marche de la maladie peut être divisée en deux périodes, l'une de toux quinteuse sèche, l'autre de toux humide. Ces deux périodes ne sont pas absolument tranchées, car il y a assez souvent des poussées nouvelles avec toux sèche. Les quintes vont en diminuant progressivement de nombre. La durée est assez variable ; de 8 jours dans certains cas, elle atteint facilement 3 ou 4 semaines, parfois même davantage. La terminaison a toujours été favorable.

De quoi s'agit-il ? De coqueluche vraie ou atténuée ? M. Gallois ne le croit pas. En effet, outre les différences symptomatiques qu'il a signalées, il y a ce fait que des adultes atteints de toux coqueluchoïde ont eu antérieurement soit la coqueluche vraie dans leur enfance, soit des atteintes de toux coqueluchoïde quelque temps auparavant. M. Gallois pense plutôt à une affection des voies respiratoires, à une laryngite sous-glottique par exemple, pouvant se produire à l'occasion d'une grippe. Il est assez curieux, en tous cas, que la grippe se transmette d'un sujet à l'autre en affectant la même forme de laryngite coqueluchoïde. Le rôle des adénoïdes dans la production du syndrome coqueluchoïde paraît assez important, c'est là un fait assez connu des laryngologistes.

Il est une autre hypothèse qu'il faut discuter, celle de l'adéno-pathie trachéo-bronchique qui est habituellement considérée comme une cause de toux coqueluchoïde.

La thérapeutique employée par M. Gallois a paru peu active contre cette forme morbide, et c'est à ce point de vue surtout qu'il serait heureux de profiter de l'expérience de ses collègues de la Société. Il a fait faire des pulvérisations d'eau boriquée saturée, d'acide phénique au centième, des inhalations au menthol par différents procédés ; il a fait prendre, à l'intérieur, de la terpine ou des potions calmantes à l'aconit, à la belladone, à la codéine, etc. Ce qui a peut être le mieux réussi, c'est le bromoforme, mais, dans certains cas, il a produit des vertiges ou de la somnolence qui ont obligé à suspendre son emploi.

M. LEGENDRE a vu cette année plusieurs enfants atteints de toux coqueluchoïde de diagnostic difficile. L'un d'eux a été pris de toux coqueluchoïde tout à coup et d'une façon très intense, 15 jours après une ablation complète de végétations adénoïdes. Pendant la période de toux coqueluchoïde, il avait une trachéite reconnue au laryngoscope. Il croit qu'il y a des toux coqueluchoïdes par infection différente de l'infection qui donne la coqueluche vraie.

M. DU CASTEL pense que, fréquemment, les toux coqueluchoïdes ne sont autres que des coqueluches vraies larvées, et que le fait de trouver une laryngo-trachéite dans une toux coqueluchoïde ne suffit pas à éliminer la coqueluche. Nos connaissances sont, en effet très rudimentaires en ce qui concerne l'examen laryngoscopique des coqueluchoux. D'autre part, on ne peut pas non plus éliminer la coqueluche sous prétexte que les malades l'ont déjà eu une première fois plusieurs années auparavant.

M. COURTADRE signale des cas de laryngite striduleuse et de vomissements nerveux dus à des réflexes partis du naso-pharynx atteint d'hypertrophie adénoïdienne. Le traitement médical antiseptique du fond de la gorge a suffi pour amener la guérison.

M. P. GALLOIS considère que l'opération des végétations ne guérit pas les adénoïdes. On supprime par là uniquement les troubles mécaniques d'abstraction, mais la muqueuse reste malade, le sujet reste adénoïdien et prédisposé aux autres accidents de l'adénoïdisme et spécialement aux accidents d'ordre infectieux qui, pour le médecin sont les plus importants.

(Soc. de thérapeutique).

Diagnostic et traitement de l'amygdalite grippale

L'amygdalite grippale est assez aisément reconnue, quand on n'omet pas d'examiner la gorge des malades. Si, la plupart du temps, la douleur de déglutition, accusée par le patient, suffit pour forcer l'attention du médecin et pour amener l'inspection du pharynx, souvent aussi, la prédominance des symptômes généraux (fièvre, abattement, courbature, vomissements, céphalalgie) est telle que la gorge est plus ou moins négligée : c'est évidemment une erreur et c'est une cause d'insuffisance de diagnostic. D'ailleurs, il est si facile d'examiner la gorge que l'on ne devrait jamais laisser de côté cet examen, même quand le malade n'en parle pas.

Or, quand on inspecte la gorge des grippés ayant une localisation amygdalienne, on constate, tout d'abord la grande difficulté de l'écartement des mâchoires, puis le refoulement de la luette en avant et latéralement, la rougeur intense du pharynx, la tuméfaction plus ou moins considérable d'une amygdale et du pilier antérieur qu'elle soulève, les dépôts fibrineux blanc grisâtre qui parsèment les cryptes amygdaliens, enfin la salivation abondante et le gonflement des ganglions du cou du même côté. Jusqu'ici rien de caractéristique de l'infection grippale : ce sont les symptômes de l'escuintance vraie streptococcique ou staphylococcique. Mais, en y regardant de plus près, on aperçoit sur les bords des piliers antérieurs, principalement du côté non tuméfié, un liseré bleuâtre, violacé, d'aspect vernissé, qui est comme la suite de l'infection grippale : de plus, la constatation des phénomènes généraux de courbature et de crampes crurales et lombaires achève de compléter ce diagnostic, jusque-là incertain.

Un des points les plus délicats du diagnostic est la détermination du siège, du nombre et du volume des abcès amygdaliens. Le malade est affreusement gêné pour respirer, dormir et avaler : l'entourage est inquiet et tout le monde vous demande de supprimer cette tuméfaction, d'ouvrir cet abcès. L'embarras est parfois fort grand et le seul moyen vraiment efficace de s'en tirer est de pratiquer le toucher digital de la tumeur pharyngienne. Si elle est fluctuante et facilement dépressible, le pus est abondant, n'hésitez pas, incisez. Si, au contraire, il n'y a que de la mollesse des tissus et pas de point nettement fluctuant, malgré l'insistance du malade et de l'entourage, résistez : votre intervention serait inutile, sans résultat et maladroite. Le même toucher digital permet de reconnaître en même temps que le volume, le nombre approximatif des abcès. S'ils sont multiples, d'ailleurs, l'incision est encore inutile et même dangereuse. Il n'y a que le volumineux abcès, contenant une cuillerée ou deux de pus, qu'il soit incontestablement indiqué d'ouvrir au bistouri.

La thérapeutique a une grande utilité dans les abcès amygdaliens grippaux ; car elle peut prévenir les complications futures de la grippe vers les voies respiratoires. Les amygdales infectées sont comme la drague, comme le filtre ayant arrêté tout le flot de limon de la maladie : il faut prendre garde de laisser échapper cette boue, qui infecterait brusquement tout le reste de l'organisme. La première indication est donc de nettoyer énergiquement ce filtre contaminé : pour cela nous avons à notre disposition l'*éméto-cathartique* :

Tartre stibié..... 10 centigrammes (1½ grain).

Sulfate de soude..... 30 grammes (1 once).

en 3 paquets à prendre de 5 en 5 minutes avec de l'eau tiède.

Ensuite, viennent les lavages, gargarismes et irrigations bucco-

pharyngiennes avec un antiseptique puissant, non caustique et non toxique : les meilleurs effets sont obtenus par les gargarismes salicylés et les lavages à l'acide lactique :

Acide lactique pur..... 2 gr. 50 (35 grains).

Essence de menthe..... V gouttes.

Eau distillée..... 250 gr. (8 onces).

pour 1 lavage avec le bœck ou l'irrigateur.

Ces lavages seront renouvelés toutes les deux heures environ. Inutile de perdre son temps à essayer le citron, l'alun, le sel, le chlorate de potasse même. Ces médicaments ne donnent pas de résultat appréciable. Enfin, sur le cou et les ganglions tuméfiés, on appliquera chaque jour, trois ou quatre cataplasmes chauds sinapisés pendant quarante minutes chacun, où, en cas de difficulté de soins intelligents, on se bornera aux badigeonnages de teinture d'iode répétés quotidiennement.

L'état général doit être soutenu par le quinquina et la quinine à dose de 0.75 centigr. (12 grains) fractionnés en trois doses au moins. On ne permettra ni sorties, ni lever, ni alimentation. Le lait, le bouillon, les œufs peu cuits, les boissons aqueuses (tisanes et citronnades) seront seuls tolérés. Au bout de 24 heures, il n'y a pas toujours une grande amélioration, mais, au bout de 48 heures, le mieux est habituellement très notable.

Sinon, il faut redouter la formation d'une cavité purulente amygdalienne ou rétro-amygdalienne ; on en est averti par la persistance du ronflement guttural, par le nasonnement de la voix, par la contracture spasmodique des mâchoires, par les douleurs lancinantes qu'accuse le malade, et surtout par les sensations de fluctuation fournies par le toucher digital. On s'arme alors d'un bistouri bien septisé, dont on enveloppe la lame avec un fragment de gaze au salol de façon à ne laisser à nu qu'environ 1 centimètre et demi de pointe, puis, ayant soin de guider cette lame sur l'index de la main gauche, on pénètre dans la poche fluctuante, sans enfoncer trop profondément ; avant de retirer la pointe, il faut agrandir l'ouverture pour en éviter la trop brusque cicatrisation. Un grand lavage à l'eau bouillie boriquée suivra cette intervention.

Puis, on recommandera, de nouveau, les lavages toutes les deux heures à l'acide lactique.

M. Moure, de Bordeaux, préconise l'usage du galvano-cautère à la place du bistouri, pour ouvrir ces abcès amygdaliens ; nous sommes de son avis, surtout en ce qui concerne les petits abcès multiples et les petits abcès peu volumineux ; mais pour les grosses collections, le bistouri suffit et il a l'avantage de ne pas nécessiter un outillage spécial ; il est à la portée de tous les praticiens, qui n'ont pas tous un galvano-cautère.

La seule recommandation, sur laquelle nous insistons en terminant, c'est la nécessité absolue de n'inciser que ce qui est sous le doigt et nettement fluctuant. Dans les cas de doute, nous préférons l'abstention : elle est plus sage et moins dangereuse, pour le malade, qu'une intervention intempestive et trop profonde.

(Concours médical.)

Ulcère du duodenum ; duodenoplastie.

Par M. JABOULAY.

Le cas suivant renferme les trois caractères qui sont assignés à cette maladie ; mélangé en pleine santé, douleurs para-ombilicales, à droite, surtout, absence de troubles gastriques ; il est de plus un des rares ulcères chroniques du duodénum qui ait été opéré avec succès.

Un homme de 45 ans, jusque-là bien portant du côté des voies digestives, présente tout à coup en été 1898 les signes d'une hémorragie intestinale d'environ un litre, il accuse en même temps dans la région hypochondriaque droite près de la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic, une douleur fixe, qui s'exagère par moments,

et surtout trois ou quatre heures après les repas, mais il ne vomit pas et l'estomac n'est pas dilaté; nouvelle hémorragie interne en février 1899 et continuation des phénomènes douloureux qui se manifestent aussi de temps en temps dans les fosses iliaques. L'exploration de ces régions, faite à plusieurs reprises par le toucher rectal combiné, ne révèle rien d'anormal.

Malgré une diète sévère, les douleurs persistent, le malade s'affaiblit, est obligé de renoncer à ses occupations; une crise nouvelle fait songer à un moment donné à une poussée d'appendicite; elle cède et s'apaise. La ténacité des douleurs, le dépérissement général progressif imposent l'opération curatrice. Elle a été pratiquée avec le concours de MM. Bérard, Kœhler et Feuillade.

Après la laparotomie sus-ombilical médiane, j'arrive immédiatement sur la première portion du duodénum qui est cachée sous le foie et indurée en un point au voisinage de la deuxième portion. C'est l'ulcère qui siège sur la face antérieure et a fait une cicatrice en attirant à lui les tissus voisins; le calibre du duodénum est à ce niveau rétréci: sur l'ulcère amené dans la plaie opératoire est pratiquée une incision de 3 à 4 centimètres environ parallèle au grand axe de l'intestin, puis une suture perpendiculaire à sa direction et sur deux plans à la soie: un plan profond et total, l'autre séro-séreux. Fermeture de la paroi abdominale par trois plans superposés.

La température a été de 38°,5 et 38°,2 pendant un jour; de 37°,5 le deuxième jour: de 37°,2 à partir du troisième jour. Diète pendant trois jours; on ne donne que des lavements de sérum. A la fin du troisième jour, alimentation qui consiste dans un litre de liquide pas 24 heures (lait, bouillon ou champagne); évacuation intestinale spontanée vers le commencement du 5e jour; la miction s'est faite régulièrement chaque jour, sauf vers la fin du troisième jour, où il a fallu cathétériser la vessie qui contenait un demi-litre d'urine. A partir du quatrième jour le malade s'est assis dans son lit et a eu l'autorisation de se remuer et de changer de place.

Cet ulcère nous a paru un peu plus difficile à opérer que les ulcères du pylore et de la face antérieure de l'estomac, en raison de la gêne que l'on éprouve à attirer et maintenir dans une plaie médiane la portion du duodénum où il siège. Malgré cela, nous donnons la préférence pour les ulcères du duodénum, comme pour les ulcères pyloriques ou gastriques, aux opérations directes et plastiques qui suppriment le mal, sur l'opération indirecte de la gastro-entérostomie qui laisse subsister la lésion et ses dangers. Parmi ceux-ci, il faut citer, au premier rang, la perforation qui est presque constamment mortelle, quelque hâtive que soit l'intervention, et l'hémorragie interne qui peut le devenir par son abondance même.

Il est curieux de constater l'absence de vomissements malgré un rétrécissement réel du calibre duodénal; il est vrai que le malade ne prenait depuis quelque temps qu'une faible quantité d'aliments liquides. En tout cas ce rétrécissement a été supprimé par la duodénoplastie.

Enfin, le patient avait une ancienne suppuration de l'oreille moyenne qui de temps en temps glissait par la trompe d'Eustache et était en partie déglutie. Peut-être y a-t-il une relation entre la déglutition de ce pus et la formation d'un ulcère intestinal tout au commencement de la voie d'absorption.

Un certain nombre d'ulcères duodénaux très rapprochés du pylore ont dû donner les signes du rétrécissement de cet orifice, et exiger la pyloroplastie en même temps que l'incision du duodénum: ils ne doivent pas être confondus avec notre cas. Tel le fait de Bier qui opéra de cette façon une malade tuberculeuse et la guérit de son ectasie gastrique. — (Lyon méd.)

Les injections intra-rectales de solutions salines dans les hémorragies, le shock et les infections.

Il est bien démontré maintenant que les lavements de solutions salines peuvent remplacer les injections intra-veineuses ou sous-

cutanées dans un grand nombre de circonstances, et cependant cette méthode si simple n'est pas encore assez répandue, M. le docteur Louis Lépine apporte à son appui, dans sa thèse un certain nombre de faits nouveaux montrant ses avantages.

Il est à remarquer que l'étude clinique et expérimentale du pouvoir d'absorption de la muqueuse rectale montre qu'il y a, dans les conditions physiologiques de cette propriété, des variations assez considérables, suivant la nature et la quantité des produits sur lesquels elle s'exerce.

Très active pour l'eau et les sels, elle se produit assez facilement avec la plupart des médicaments. C'est ainsi que Demarquay a trouvé de l'iode dans la salive cinq minutes après un lavement ioduré. Au contraire, la térébenthine, le santal ne sont pas absorbés; le salol ne l'est qu'au bout de quatre heures. En ce qui concerne la plus grande partie des albuminoïdes et des graisses, le pouvoir d'absorption de la muqueuse rectale est complètement nul.

La solution saline est donc dans les meilleures conditions pour être absorbée. Son titre, sous cette forme, peut être approximatif, 7 à 8 grammes de chlorure de sodium par litre. On peut ainsi donner à la méthode des applications multiples. C'est ainsi qu'à la Maternité de Marseille, M. le docteur Queirel a recueilli plus de 60 observations très favorables et qui lui permettent d'attribuer la baisse de la mortalité chez les enfants nouveau-nés, à cette Maternité, à l'emploi judicieux des solutions salines. Ces solutions sont employées en lavements, à la dose quotidienne de 100 grammes, fractionnée en trois ou quatre fois. Cette médication aurait donné les meilleurs résultats chez les enfants débiles.

A Lyon, le procédé de l'injection intra-rectale de solution saline est depuis quelques années employée à la Charité d'une façon systématique. Après une série d'essais, M. Fochier, en 1892-94, l'érigea en méthode dans son service de clinique et en a retiré depuis, dans les hémorragies obstétricales, dans l'albuminurie et l'urémie pré-éclamptiques, de très grands bénéfices.

Son grand avantage est que l'instrumentation à employer est peu compliquée; on peut utiliser l'irrigateur Eguisier ou non, une seringue ordinaire quelconque est suffisante: cependant, le procédé, souvent mis en usage dans le service de la Maternité à Lyon, est préférable.

Un bock en verre ou en tôle émaillée, contenant la solution, est suspendu à 40 ou 50 centimètres au-dessus du lit du malade. Il est relié par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc à une sonde de Nélaton. Les diverses parties de cet appareil devront, autant que possible, être tenues aseptiques.

On comprend facilement que, par ce procédé, la pression employée reste minime, mais que, par l'intermédiaire de la sonde, on pourra faire pénétrer beaucoup plus loin la solution saline.

A défaut de sonde de Nélaton, on pourra, avec les mêmes avantages, utiliser toute sonde qui permettra de ne pas léser le rectum.

La position du malade n'est pas indifférente.

Le malade sera couché sur le côté droit, le siège un peu relevé, le corps un peu courbé en arc.

Pour diriger la sonde ou la canule de l'irrigateur, il faut se rappeler que le rectum, à sa partie inférieure, est dirigé de bas en haut et d'arrière en avant sur l'étendue de 3 à 4 centimètres, puis prend une nouvelle direction en arrière. Pour suivre cette sinuosité, l'instrument doit être introduit suivant une ligne imaginaire allant de l'aas à l'ombilic; après l'avoir enfoncé de trois centimètres environ, on le porte légèrement en arrière jusqu'à ce qu'il ait pénétré sur une assez grande longueur.

Température de la solution saline. — Le premier effet de l'injection intra-rectale est de solliciter plus ou moins promptement les contractions de l'intestin, mais cette sollicitation n'est vive et durable que si le liquide est froid ou très chaud.

On devra donc s'attacher à donner à la solution une température se rapprochant de celle du corps humain, c'est-à-dire variant entre 34 et 39 degrés. Il faudra, de plus, avoir eu la précaution de placer la partie de l'appareil qu'on doit introduire dans le rectum à cette même température. C'est d'ailleurs à cette température, ainsi que l'a démontré l'expérimentation physiologique, que se produisent le mieux les propriétés d'absorption de la muqueuse rectale.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Les ulcérations talonnières et occipitales chez les nouveau-nés et les nourrissons.

Depuis les travaux de Parrot sur ce sujet, les ulcérations qui peuvent se produire chez les nourrissons, au niveau des talons et de la nuque, sont considérées comme ne se formant guère que chez des athrepsiques, des enfants dont l'état général est mauvais et comme étant d'un pronostic très grave. Quelques auteurs ont cependant été à l'encontre de cette manière de voir, et M. Raffin (Thèse de Bordeaux) vient, en réunissant un grand nombre de faits observés dans la crèche de l'hôpital des Enfants, de montrer qu'on devait envisager les choses à un tout autre point de vue.

Il résulte, en effet, de ces observations que les ulcérations se montrent non seulement chez les athrepsiques et les débilites, mais aussi chez les enfants paraissant sains, et cela en grande proportion, puisque sur 100 enfants de la crèche on a observé 52 fois celles des talons et 14 fois celles de la nuque. Ces ulcérations ont presque toujours un début insidieux et ce n'est que progressivement que les lésions gagnent en profondeur et en gravité.

Le plus souvent, les ulcérations talonnières offrent l'évolution suivantes : elles s'étendent peu à peu en largeur et en profondeur jusqu'à ce qu'elles atteignent la dimension d'une pièce de cinquante centimes ; à ce moment, on constate leur existence, on s'en occupe ; on protège la plaie, on la nettoie, on la recouvre de poudres diverses qui, en général, la dessèchent et elle se cicatrise au bout de quelques jours, laissant à son niveau un point où les téguments sont déprimés et gardent un certain temps la trace de la lésion dont ils ont été atteints.

Tels sont les cas bénins qui constituent la majorité.

Mais, dans quelques cas, lorsqu'on les constate, les ulcérations sont arrivées à un stade plus avancé : le tissu cellulaire est mortifié, les bords de l'ulcération sont enflammés, les ganglions de l'aîne tuméfiés. Les microbes pathogènes sont entrés dans la circulation, et l'état général, primitivement bon, peut s'altérer. Mais cette atteinte de la santé générale est alors secondaire et s'explique très bien par la résorption des matières septiques au niveau de la plaie.

Les grandes ulcérations constituent ces cas tout à fait exceptionnels, qui, autrefois, avaient attiré l'attention.

Les ulcérations occipitales ont une marche tout à fait analogue à celle des lésions que nous venons de décrire ; insidieuses au début et aussi dans leur évolution, elles peuvent passer complètement inaperçues et n'être révélées et reconnues qu'après leurs complications.

Lorsqu'on constate les lésions dès le début, il est très facile de les empêcher de se développer. Un peu plus tard, M. Raffin préconise comme un des meilleurs topiques que l'on puisse employer, la poudre de sous-carbonate de fer porphyrisée.

(*Revue des maladies de l'enfance.*)

De l'endocardite rhumatismale maligne

M. LITZEN a fait une communication sur l'endocardite maligne qui va continuellement en s'aggravant jusqu'à la mort et se distingue de l'endocardite rhumatismale ulcéreuse par l'absence de processus purulents. D'autre part les manifestations articulaires qui coïncident avec cette forme d'endocardite cèdent promptement à l'administration de l'acide salicylique.

L'endocardite rhumatismale maligne diffère des autres variétés

d'endocardite d'abord par son étiologie. On constate d'emblée tous les signes d'une grave infection générale. La température est tantôt au-dessous, tantôt au-dessus de la normale. La rate est toujours augmentée de volume, la peau et les muqueuses sont le siège d'hémorragies. Parfois on constate des hématuries, mais jamais on n'observe d'abcès métastatiques.

La durée de l'affection est en général de plusieurs semaines, et elle se termine presque infailliblement par la mort.

Quant aux manifestations rhumatismales concomitantes, elles ne se distinguent en rien au point de vue clinique de celles qui accompagnent les autres variétés d'endocardite. Le liquide retiré des jointures est toujours limpide ou à peine trouble, jamais purulent.

L'endocardite maligne débute par un violent frisson, et cela généralement au moment où les manifestations articulaires du rhumatisme commencent à rétrocéder ; elle peut ainsi débiter par une série de petites hémorragies cutanées. A l'auscultation du cœur, on entend d'abord un bruit péricardique qui, peu à peu, change de caractère, de sorte qu'on ne peut plus dire s'il prend sa source au niveau du péricarde ou de l'endocarde.

Tantôt on observe une accélération considérable du pouls (jusqu'à 100 battements par minute), avec arhythmie très prononcée, palpitations, oppression excessive, etc. ; tantôt ces symptômes sont beaucoup moins accusés et ne s'exagèrent qu'à l'occasion des émotions.

La mort a lieu par asphyxie ou par le fait de complications cérébrales.

A l'autopsie on ne trouve jamais ni foyer purulent, ni thrombose au niveau des viscères ; les lésions peuvent porter également sur les valvules du cœur droit et sur celles du cœur gauche ; elles sont tout à fait identiques à celles de l'endocardite septique et ne sont pas toujours limitées à l'endocarde des valvules ; elles peuvent notamment intéresser la face interne des ventricules. La péricardite fibrineuse est une complication fréquente de l'endocardite maligne, mais jamais elle ne devient purulente. S'il y a des infarctus, ils ne sont point d'origine inflammatoire.

Cet ensemble de phénomènes se rapproche beaucoup de celui qu'on observe dans l'endocardite septique, et il est parfois très difficile de distinguer ces deux affections l'une de l'autre. On comprend ainsi comment certains auteurs ont pu affirmer que l'endocardite maligne était susceptible de se transformer en endocardite septique ; toutefois, c'est là une erreur, car chacune de ces maladies relève manifestement d'un microbe différent.

A la vérité, l'endocardite maligne et l'endocardite septique existent parfois chez le même sujet, mais elles ne peuvent pas se transformer l'une dans l'autre.

M. VIRCHOW. — L'endocardite maligne et l'endocardite septique étant toujours exemptes l'une et l'autre de processus de suppuration il semble qu'il n'y a aucune raison d'opposer la première de ces affections à la seconde.

Quand à la prédominance des lésions au niveau du cœur droit et du cœur gauche, elle dépend uniquement du travail fonctionnel accompli par les deux moitiés du cœur ; si c'est le cœur droit qui fournit la plus grande somme de travail, comme chez le fœtus par exemple, les lésions endocarditiques siègeront surtout à droite et inversement.

(*Soc. de médecine berrinoise.*)

De la laparotomie dans l'hémotocèle retro-utérine

M. P. REYNIER communique l'observation d'une femme de 39 ans, amenée dans son service pour un arrêt des règles datant de plusieurs mois auparavant. Depuis cette époque elle avait présenté, à plusieurs reprises, un suintement sanguin et, dans les derniers temps de la fièvre, et quelques douleurs. L'utérus était immobilisé, et dans le cul-de-sac gauche on sentait une notable tuméfaction que

l'on attribua à une collection purulente. De la glace ayant été mise en permanence sur le ventre, il se produisit une légère amélioration pendant 8 jours, mais la fièvre reparut et subitement la malade eut une syncope.

C'est alors que M. Reynier s'est décidé à intervenir par la voie vaginale. La muqueuse du cul-de-sac gauche incisée, il a enfoncé une pince à pensement, ce qui a donné issue d'abord à du sang noir, puis à du sang rouge, rutilant, en assez grande abondance, et, à ce moment le pouls faiblissait, M. Reynier tamponna avec une éponge et pratiqua de suite la laparotomie. Aussitôt l'abdomen incisé, il a placé deux pinces sur les artères utéro-ovariennes et enlevé les annexes gauches contenant le kyste fœtal. Après drainage abdomino-vaginal et plusieurs injections de sérum, la malade s'est peu à peu rétablie et a guéri.

Chez une seconde malade, femme de 32 ans, il existait une grosse masse dans la fosse iliaque gauche, sans tuméfaction dans les culs-de-sac; l'interne avait porté le diagnostic de phlegmon de la fosse iliaque. M. Reynier crut devoir s'y rallier; à tort, car une incision au-dessus de l'arcade découvrit une poche qui, perforée avec une pince, laissa couler une quantité assez abondante de sang. Aussi, sans perdre de temps et sans cesser de comprimer de la main gauche, il a incisé sur la ligne médiane de la main droite et immédiatement placé deux pinces sur les artères utéro-ovariennes. Un fœtus de 5 à 6 centimètres a été ensuite retiré, de même que le placenta qui était adhérent au fond du petit bassin, ce qui a nécessité la pose à demeure de plusieurs pinces. Drainage abdomino-génital; injections de sérum, guérison.

Ces deux faits démontrent que dans les cas d'hématocèle habitée il peut y avoir danger à opérer par la voie vaginale, et il n'est pas douteux que ce danger serait encore plus grand s'il se produisait sur une malade de la ville, alors que rien n'est préparé pour faire une laparotomie. Aussi M. Reynier croit que le véritable traitement de ces hématocèles est la laparotomie, qui permet d'arrêter sûrement l'hémorragie, et d'enlever les masses dures qui siègent dans les annexes et qu'on ne peut extraire par le vagin.

M. Pozzi n'est pas entièrement de l'avis de M. Reynier. Il est arrivé plus d'une fois à M. Pozzi de vider des hématocèles habitées par l'incision vaginale, et il s'est toujours facilement rendu maître de l'hémorragie. (Soc. de chirurgie).

Substitution de la soie antiseptique à la soie simplement stérilisée pour ligatures.

On se sert généralement, pour les ligatures des vaisseaux, de fils de soie désinfectés par l'ébullition dans l'eau ou par la vapeur surchauffée. Or, d'après les recherches que M. le docteur C. Hagler, privat-docent de chirurgie et de bactériologie à la Faculté de médecine de Bâle, a instituées dans le service de clinique chirurgicale que dirigeait le professeur Socin, cette soie se trouve contaminée au cours de l'opération par les mains du chirurgien, lesquelles, quoi qu'on fasse pour les aseptiser, recèlent toujours des germes infectieux. Aussi voit-on souvent des suppurations se produire autour des ligatures.

On peut, d'après M. Hagler, éviter sûrement cet incident en n'employant pour les ligatures que des fils de soie qui, après dégraissage, ont été soumis à l'ébullition dans une solution aqueuse forte de sublimé, ou qui ont séjourné plusieurs jours dans cette solution. La soie ainsi traitée s'imprègne de bichlorure de mercure qui empêche le développement des microbes déposés sur le fil par les mains de l'opérateur.

Depuis quatre mois, on ne se sert plus à la clinique chirurgicale de Bâle que de fils de soie rendus aseptiques au moyen de sublimé, et, pendant tout ce laps de temps, on n'a pas noté un seul cas de suppuration autour des ligatures. — (Gaz. des hôp.)

Traitement du muguet par des applications d'une solution forte de nitrate d'argent.

Le muguet est susceptible de s'éterniser, surtout si l'on se borne à le traiter, comme on le fait encore souvent, par de simples lavages alcalins et des collutoires boratés. Parfois on a recours à des moyens locaux plus énergiques, tels que les applications d'une solution de sublimé, de permanganate de potasse ou de nitrate d'argent. En ce qui concerne ce dernier médicament, on l'emploie d'habitude en solution très faible (1 p. 300). Or, M. L. Concetti a pu se convaincre que la muqueuse buccale chez les enfants supporte fort bien une solution de nitrate d'argent à 3 et même 5 p. 100; que les badigeonnages avec l'une de ces solutions font disparaître le muguet d'une façon très rapide. Ces badigeonnages sont faciles à mettre en pratique: on donne simplement à sucer au nourrisson un petit pinceau légèrement imbibé du liquide médicamenteux qui se répand aussitôt dans la bouche, et après deux ou trois applications de ce genre, séparées par un intervalle d'environ douze heures, la muqueuse atteinte se trouve presque complètement détergée. Il faut cependant, afin d'éviter les récidives, continuer encore pendant quelques jours l'emploi de la solution au nitrate d'argent, en ne l'appliquant qu'une fois dans les vingt-quatre heures.

(Gaz. des hôp.)

Traitement du prurit par l'acide lactique

M. du Castel, ayant observé que chez les enfants atteints d'érythème prurigineux avec diarrhée, la guérison rapide à la suite de l'administration de l'acide lactique, eut l'idée d'essayer ce médicament à l'intérieur dans les affections prurigineuses. Les résultats ont répondu en partie à son attente. Plusieurs cas de prurigo de Hebra ont guéri rapidement; il est toutefois obligé de convenir que c'est dans les prurits avec éruption papuleuse eczématiforme des enfants atteints de troubles gastro-intestinaux que l'acide lactique paraît surtout très utile. Sa valeur est bien moins évidente contre les autres affections prurigineuses.

Le procédé le plus simple pour le faire prendre aux malades est de le prescrire pas gouttes, 6 à 20 par jour, en deux fois, au commencement des repas; le médicament peut être continué très longtemps sans inconvénient.

(Bull. méd. de Paris, et Lyon méd.)

FORMULAIRE

L'ipeca dans la dyspepsie avec insuffisance motrice de l'estomac

Par M. MATHIEU

Voici deux des formules que préconise cet auteur:

Teinture de fève Saint-Ignace.... 6 parties.

— d'ipéca..... 1 —

— de badiane..... 5 —

Dose: VI gouttes dans un peu d'eau de Vichy à la fin de chaque repas.

Ou bien:

Teinture d'ipéca..... 5 parties.

— de colombo..... 5 —

— de gentiane..... 5 —

Dose: XV à XXX gouttes après chaque repas en deux ou trois fois, à une demi-heure ou une heure d'intervalle dans un peu d'eau.

Traitement du prurit senile généralisé par l'antiseptisme intestinal

Par M. PARILOT

Diète lactée et 2 grammes de benzonophol par jour.

Travaux Originaux

De l'interrogatoire et de l'examen de la patiente

par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur adjoint à l'université Laval,
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame

Aujourd'hui, messieurs, en commentant le questionnaire que nous employons habituellement, je me permettrai de vous faire quelques réflexions sur la nécessité de bien interroger et de bien examiner chacune de vos malades.

Pour arriver à établir un diagnostic exact il est de toute nécessité de savoir questionner adroitement et avec fruit, de pouvoir pratiquer méthodiquement et avec intelligence les examens requis. Il ne faut donc pas suivre aveuglément en tous points un questionnaire quelque bien fait qu'il soit. Il faut faire subir un interrogatoire complet à chaque malade, c'est vrai, mais il faut savoir choisir les points sur lesquels il convient d'insister, qui ont besoin de développement. Il faut que le médecin se rende bien compte du pour quoi et de la valeur des questions qu'il pose ; qu'il n'interroge jamais *au hasard*. En posant ses questions avec intelligence, il s'habitue au raisonnement, son jugement se développe, il acquiert de la méthode, il n'oubliera pas des choses importantes et il est nécessairement entraîné à apprécier à leur valeur tous les points saillants qui relèvent de cet interrogatoire bien fait, de cet examen complet. Le diagnostic est donc mûri par la réflexion et on évite ainsi des diagnostics précipités et superficiels. La conséquence est qu'un traitement raisonné est institué, une intervention opératoire intempestive évitée, un retard malheureux prévenu.

Cette manière sérieuse et réfléchie de procéder oblige le médecin de se briser à l'observation clinique des malades. C'est une chose beaucoup trop négligée de nos jours ; on s'éloigne insensiblement de l'étude approfondie de la malade pour se fier à des moyens en apparence plus positifs ; c'est bien regrettable. Il est temps pour vous, messieurs, pendant que vous êtes encore sur les bancs universitaires de vous initier, de vous habituer à observer les malades, à les faire parler, à faire parler leurs symptômes. Rappelez-vous que ces moyens dont je vous ai parlé il y a un instant — quasi mathématiques, et parfois quasi automatiques — ne sont et ne seront toujours que des aides, des adjuvants de la saine clinique. Je ne veux pas, — non, loin de là — que vous négligiez le précieux concours de la microscopie ou la bactériologie, bien faites *par une personne compétente* ; au contraire, messieurs, puisez dans ces moyens tous les renseignements que vous pourrez, mais jamais au détriment de l'observation clinique. Cultivez donc, messieurs, plus que jamais les études cliniques, la malade *en main*. Je vous le répète elle est la base de toute éducation médicale solide, et celle-là où elles font défaut, où elles ont été négligées, devient fautive, nulle, dangereuse. Suivez donc les dispensaires, les services hospitaliers. Voyez toujours des malades, le plus de malades possible, et examinez sérieusement celles

que vous verrez ; autrement toutes vos connaissances techniques et théoriques ne vous serviront guère ; elles ne vous seront profitables qu'en autant qu'elles seront soumises à la clinique journalière et façonnées par elle. C'est en cultivant l'esprit d'observation, c'est en apprenant à juger de la valeur réelle d'un symptôme clinique, c'est en sachant distinguer son *cri* particulier parmi d'autres qui lui ressemblent que vous serez de bons diagnostiqueurs.

Faites, d'abord, sérieusement et le plus exactement possible votre diagnostic le basant sur l'interprétation des symptômes : puis prenez vos auteurs et étudiez à fond la maladie. Observez, interrogez, examinez, étudiez.

Sachez travailler avec ordre, toujours dans un but — jamais à l'aventure. Ainsi vous accumulerez des notions scientifiques justes et durables.

Je vous présente maintenant cette espèce de guide dont vous vous servirez en totalité ou en partie, pour recueillir l'historique de vos malades. Il vous donne la marche à suivre et les principales choses à noter. Employé avec intelligence il vous rendra de grands services en vous habituant à la méthode dans vos recherches. Les grandes divisions en sont :

- 1° L'interrogatoire de la patiente.
- 2° L'examen de la patiente.
- 3° Examens histologiques et bactériologiques.
- 4° Intervention opératoire.
- 5° Autopsie.
- 6° Diagnostic.
- 7° Remarques.

Un peu plus détaillé nous aurons :

I. — Interrogatoire de la patiente.

- 1° Pourquoi elle se présente.
- 2° Historique de la maladie actuelle.
- 3° Grossesses.
- 4° Constitution antérieure et maladies antérieures.
- 5° Occupation — milieu social.
- 6° Histoire de famille.
- 7° Traitements antérieurs.
- 8° Cause probable de la maladie actuelle.

II. — Examen de la patiente.

- 1° Inspection et palpation.
- 2° Toucher vaginal et palper bimanuel.
- 3° Examen des voies urinaires inférieures.
- 4° Toucher rectal.
- 5° Examen au spéculum.
- 6° Examen de l'abdomen.
- 7° Examen des régions rénales, prévertébrales, appendiculaires, lombaires et vertébrales.
- 8° Seins et gorge.
- 9° Yeux, bouche et naso-pharynx.
- 10° Auscultation et percussion.
- 11° Thermométrie et pouls.
- 12° Endoscopie électrique.
- 13° Rayons X.
- 14° Insuffisance rénale.
- 15° Cathétérisme des uretères.
- 16° Anesthésie exploratrice.

- 17° Ponction exploratrice.
 18° Lapatomie, incision exploratrice.
 III. Examens histologiques et bactériologiques, urines, sang, sécrétions, tissus.
 IV. Intervention opératoire.
 V. Autopsie — examen des pièces.
 VI. Résumé — conclusions — diagnostic.
 VII. Remarques.

Sur la fiche d'observation nous suivons à peu près l'ordre que voici :

SERVICE DE GYNÉCOLOGIE (DR BRENNAN).

Nom de la personne — numéro du lit — numéro du service externe — âge — nationalité — lieu de naissance — état — tempérament — poids — taille.—

— DIAGNOSTIC. —

A. INTERROGATOIRE DE LA PATIENTE

I. POURQUOI ELLE SE PRÉSENTE.

II. HISTORIQUE DE SA MALADIE ACTUELLE.

1° Date du début et marche générale.

2° Menstruation pendant cette maladie.

- a. caractères :— 1° régularité — durée.
 2° intermittence pendant l'époque menstruelle — caractères.
 3° Nature, couleur, quantité, odeur du sang.
 4° Irritation locale produite.
 5° Effet sur l'état général.

- b. douleurs :— 1° Avant, pendant ou après.
 2° Soulagées ou non par l'écoulement.
 3° Localisation — irradiations.

- c. Pertes qui accompagnent, qui précèdent ou suivent immédiatement la menstruation — nature et caractères.

d. Date des dernières règles.

3° Pertes, autres :—

- a. couleur, nature, quantité, odeur.
 b. date d'apparition.
 c. continuelles ou intermittentes, ou par poussées.
 d. accompagnées ou non de douleurs.
 e. irritantes ou non pour la femme.
 f. " " le mari.
 g. aggravées ou non par la menstruation.
 h. contagieuses ou non.
 i. cause probable.

4° Douleurs spéciales autres que celles de la menstruation :—

- a. caractères.
 b. influence de la marche, du decubitus, etc.
 5° Miction :—

- a. caractères, fréquence, le jour, la nuit ; après une marche, — douleurs à la fin — sang — cuisson.
 b. urine, caractères.
 c. date de l'apparition des symptômes.

- 6° Intestin :— constipation, diarrhée sans cause, douleurs, hémorroïdes, etc., anus, prurit, éruption.

- 7° Coût :— fréquence, position pendant, influence, douleurs, etc., pendant, après, orgasme vénérien, hémorragie pendant. Date du dernier.

8° Prurit vulvaire et anal.

9° Eruptions vulvaires (syphilitides, diabétiques, etc.).

10° Perversion sexuelle : masturbation, etc.

11° Troubles éloignés :—

- a. symptômes rénaux et urétéraux.
 b. " gastro-intestinaux.
 c. " circulatoires.
 d. " respiratoires.
 e. " nerveux.
 f. " cutanés et ganglionnaires.
 g. " mammaires.
 h. système osseux — coccyx, etc.
 i. membres inférieurs.

12° Facies, habitus, constitution :

- a. figure pâle, congestionnée, calme, gaie, intelligente, stupide.— Facies ovarien, utérin, cardiaque, brightique, syphilitique.
 b. manière de marcher, de se tenir, de rester coucher.
 c. constitution actuelle.

III. 1° GROSSESSES, etc.

- a. nombre — date.
 b. troubles pendant.
 c. particularités de l'accouchement, naturel, forceps, version, opération — présentation — enfant mort ou vivant, gros ou petit, chétif ou bien portant, rétention du placenta — hémorragies, etc.
 d. suites : normales — f. puerpérale — infection locale, — hémorragies — pertes.
 e. retour de couches — date du levée.
 f. allaitement.

2° FAUSSES COUCHES :

- a. rapport et ordre par rapport aux accouchements.
 b. causes, caractères et suites.

3° ACTUELLEMENT ENCEINTE OU NON. —

- rechercher signes en questionnant par voie détournée, sans ordre.

IV. ÉTAT ANTÉRIEUR :—

1° Constitution antérieure.

2° Organes génitaux avant, après coït.

- a. menstruation : début (suivre ordre de II 2).
 b. pertes (suivre ordre II 3). durée.
 c. douleurs : (suivre ordre II 4). durée.
 d. coït (suivre II 7).

3° miction (suivre ordre II 5). durée.

4° intestin : (suivre II 6). durée.

5° Enfance, puberté, ménopause, vieillesse.

- 6° Maladies constitutionnelles :— diathèses ; hérédité :— rapport entre les troubles pelviens et l'état constitutionnel.

- a. syphilis acquise, héréditaire.
 - b. autres mal. vénériennes.
 - c. diabète, tuberculose, saturnisme.
 - d. mal. rénales et cardiaques, lithiase.
 - e. chlorose, cancer.
 - f. hystérie, alcoolisme, nicotinisme.
 - g. polysarcie, etc.
- V. PROFESSION et milieu dans lequel malade vit — immigrée — où a vécu — occupations, bicyclette, machine à coudre etc.
- VI. HISTOIRE DE SA FAMILLE : —
- a. père et mère — âge, cause de mort, état de santé.
 - b. collatéraux et ancêtres. — frères et sœurs.
 - c. le mari.
 - d. enfants : — 1o nombre total.
 - 2o " vivants — santé — âge.
 - 3o " morts, cause, âge, santé antérieure à la dernière maladie.
 - 4o âge du dernier.
- VII. TRAITEMENTS ANTÉRIEURS pour la maladie actuelle — pour d'autres maladies génito-urinaires — pour d'autres maladies.
- VIII. CAUSE probable de la maladie actuelle.

B. EXAMEN DE LA PATIENTE.

I. Inspection et palpation.

- 1o Vue d'ensemble.
- 2o abdomen, en général, — cicatrices, vergetures, etc.
- 3o parties externes : — anus.
 - périnée.
 - pénil — aines et anneaux.
 - grandes lèvres.
 - petites " "
 - clitoris.
 - urèthre, méat.
 - hymen.
 - entrée du vagin.

II. Toucher vaginal et palper bi-manuel — position.

- 1o périnée et vulve.
- 2o vagin et urèthre.
- 3o utérus : —
 - a. orifice : — (forme ; sensibilité ; écoulement — nature).
 - b. portion vaginale : —
 - forme, consistance, sensibilité, dimensions, direction, mobilité.
 - c. corps :
 - volume, forme, consistance, sensibilité, position, mobilité.
 - d. hystérométrie : —
 - canal cervical — profondeur de la cavité, direction, particularités — écoulement.
- 4o culs-de-sacs : —
 - forme, élasticité, sensibilité, plénitude, vacuité.
- 5o Ligaments : — larges, ronds, utéro-sacrés, — tension, sensibilité, rétraction.
- 6o Ovaires : —
 - forme, position, consistance, sensibilité, mobilité.
- 7o Trompes : — idem, ovaires.

8o Bassin : —

- a. contenu, particularités, forme.
- b. régions sacrées, iliaques, para-vésicale, du promontoire, coccygienne.
- c. pelvimétrie.

9o Utérus abaissé par une pince.

III. Examen des voies urinaires inférieures.

- 1o méat, urèthre, bas-fond vessie.
- 2o ouverture des uretères.
- 3o uretères.
- 4o espace de Retzius.

IV. Toucher rectal.

- 1o sphincter, releveur de l'anus.
- 2o hémorroïdes — rectite, etc.
- 3o utérus et annexes.
- 4o bassin, coccyx.
- 5o uretères.

V. Examen au spéculum : —

- 1o endoscopie directe — espace et position.
- 2o vagin, utérus.
- 3o vessie, urètre.
- 4o rectum.

VI. Abdomen, (détails) — position.

- 1o forme, consistance, dimensions, couleur de la peau, taches, etc.
- 2o percussion, auscultation.
- 3o effet des changements de position.
- 4o " des mouvements respiratoires toux, efforts.
- 5o position genu-pectorale.

VII. Examen des régions rénales, prévertébrales, appendiculaire, lombaires et vertébrales :

palper, inspection, auscultation, percussion.

VIII. Seins et gorge :

IX. Yeux, bouche et naso-pharynx.

X. Auscultation et percussion.

XI. Thermométrie et pouls.

XII. Endoscopie électrique. Utérus, vessie, urèthre, rectum.

XIII. Rayons X. — Photographies numérotées.

XIV. Insuffisance rénale. — Réaction du bleu.

XV. Cathétérisme des uretères.

XVI. Anesthésie exploratrice.

XVII. Ponction " "

XVIII. Incision ou laparotomie exploratrice.

C. EXAMEN HISTOLOGIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES :

urines, sécrétions, sang, tissus.

D. INTERVENTION OPÉRATOIRE

date — sortie — nature — résultat.

E. AUTOPSIE

voir observation — date — no.

F. RÉSUMÉ — CONCLUSIONS — DIAGNOSTIC

G. REMARQUES

REVUE DES JOURNAUX

De l'action thérapeutique des courants de haute fréquence dans l'arthritisme. (1)

Par M. le Dr G. APOSTOLI

Le Dr Apostoli vient de compléter, avec la collaboration de son assistant A. Laquerrière, les conclusions des deux notes qu'il a déjà publiées (en 1895 et 1897) sur l'action thérapeutique des courants de haute fréquence qui corrobore les découvertes physiologiques du professeur d'Arsonval.

Il apporte la justification de trois épreuves différentes et parallèles qui se fortifient mutuellement :

A). — ÉPREUVE CLINIQUE

Elle repose sur l'examen de 913 malades qui ont subi au total (tant à sa clinique que dans son cabinet) 24,371 applications, tant générales que locales, des courants de haute fréquence depuis janvier 1894 jusqu'à juin 1899.

Cette épreuve clinique s'accuse d'une façon à peu près constante par les résultats symptomatiques suivants :

- Restauration progressive de l'état général ;
- Relèvement des forces et de l'énergie ;
- Réveil de l'appétit ;
- Meilleur sommeil ;
- Meilleure digestion ;
- Réapparition de la gaieté, de la résistance au travail et de la facilité pour la marche.

B). — ÉPREUVE CHIMIQUE

L'examen des urines fait par M. Berlioz sur 469 malades, et répété 1,038 fois depuis 1894, démontre que, sous l'unique influence des courants de haute fréquence, on observe les modifications principales suivantes dans l'émission des excreta urinaires :

- Amélioration de la diurèse et élimination plus facile des excreta ;
- Suractivité plus grande des combustions organiques ;
- Tendence du rapport de l'acide urique à l'urée à se rapprocher de la moyenne normale, c'est-à-dire de 1/40e.

C). — ÉPREUVE HEMATO-SPECTROSCOPIQUE D'APRÈS LA MÉTHODE DU DR HENOCQUE

Faite par le Dr Tripet, depuis un an, sur 112 malades de la clinique du Dr Apostoli, elle a été répétée 200 fois.

Cette épreuve corrobore les réponses cliniques et chimiques précédentes et démontre l'action puissante de ces courants sur l'activité de la nutrition qu'ils stimulent et régularisent à la fois.

Cet examen repose sur le double témoignage du dosage comparatif, avant, pendant et après le traitement électrique, de la proportion centésimale de l'oxy-hémoglobine et de son activité de réduction.

— Si l'on utilise les courants de haute fréquence dans la thérapeutique des diverses manifestations pathologiques de l'arthritisme, voici les résultats généraux et sommaires que nous pouvons enregistrer aujourd'hui sous la seule influence des applications générales et locales, associées ou administrées isolément :

1° Généralement nuisibles et contre-indiquées dans le *rhumatisme aigu*, ils peuvent quelquefois être favorables dans l'état *subaigu*, et sont très efficaces dans la plupart des formes *chroniques* du rhumatisme.

2° Ils peuvent très notablement améliorer l'état des *goutteux*,

mais ils sont capables de provoquer, dans certain cas, au début de leur application, l'explosion d'un accès aigu.

3° Ils paraissent donner de bons résultats contre la *migraine* en prévenant quelquefois son retour périodique.

4° Ils sont une arme puissante contre certaines *névralgies arthritiques* (sciaticque) par l'action éloignée, préventive et curative à la fois, des applications générales.

5° Leur action préventive peut s'exercer favorablement sur les diverses *lithiases* dont ils arrêtent ou retardent parfois l'évolution.

6° Les *varices* peuvent bénéficier des modifications dynamiques qu'ils impriment à la circulation périphérique.

7° Les *hémorroïdes* sont également justiciables soit de l'action secondaire des applications générales, soit de l'action directe, intra rectale, des applications locales.

8° La *constipation* et la *dyspepsie* liées à l'atonie gastrique ou intestinale sont souvent utilement amendées par cette même médication.

9° L'*eczéma* est largement et immédiatement tributaire de l'effluviation par les hautes fréquences, comme il l'est, d'autre part, de l'effluviation statique et retire également des applications générales les meilleurs bénéfices préventifs.

10° Les *troubles respiratoires dyspnéiques*, comme on les observe chez les *asthmatiques*, peuvent utilement être modifiés.

11° Les *congestions vasculaires* diverses qui sont sous la dépendance de l'arthritisme peuvent bénéficier de ce même traitement.

12° La *neurasténie arthritique* est souvent curable par les hautes fréquences, tandis que la *neurasténie hystérique* relève avant tout de la *statique*.

13° Ce même traitement peut être utile dans certains troubles liés à l'*artério-sclérose*.

14° Sans action directe constante pour provoquer l'amaigrissement, le courant de haute fréquence, en régularisant le taux de la nutrition générale, peut enrayer ou combattre avantageusement l'*obésité* chez les *arthritiques*.

EN RÉSUMÉ, le Dr Apostoli pense que, si le courant statique reste par excellence le mode électrique le plus actif contre les états hystériques, le courant de haute fréquence, sans être une panacée applicable à tous les cas indistinctement, est très efficace contre les principales manifestations pathologiques de l'*arthritisme*.

C'est avant tout un médicament de la cellule et un modificateur puissant de la nutrition générale qu'il peut activer et régulariser en même temps.

Scorbut infantile

par le Dr J. COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

Définition. — Le scorbut infantile est une maladie dyscrasique des nourrissons élevés artificiellement, caractérisée par un état général plus ou moins grave (anémie, faiblesse, cachexie), par des hémorragies sous-périostées, par des hémorragies buccales avec état fongueux des gencives chez les enfants pourvus de dents. Nous retrouvons les principaux traits du scorbut, tel que Lind l'a décrit chez les adultes.

Étiologie. — La maladie se déclare dans le premier âge, après 6 mois et avant 2 ans, elle est exceptionnelle avant 5 mois et après 18 mois ; c'est l'âge du rachitisme. Cette dernière maladie coïncide d'ailleurs assez souvent avec le scorbut et cette coïncidence explique l'erreur commise par plusieurs auteurs et leur nomenclature : rachitisme aigu, rachitisme hémorragique, hématoème sous-périosté chez les rachitiques.

Barlow a signalé des cas de scorbut plus tardif à 5 ans, 10 ans, établissant le passage, la continuité entre le scorbut infantile et celui des adultes.

Le rachitisme est plus fréquent dans la classe pauvre, le scor-

(1) Note présentée par le M^{lre} professeur d'Arsonval à l'Académie des sciences, séance du 26 juin 1899.

but infantile plus fréquent dans la classe aisée ; le premier s'observe très souvent à l'hôpital, le second très rarement. Cela tient à ce que le rachitisme est une maladie de misère, due le plus souvent à une alimentation grossière et peu coûteuse ; le scorbut au contraire s'observe chez les riches qui achètent à grands frais des spécialités alimentaires vantées pour les enfants du premier âge. Les pauvres ne consomment pas ces produits qui coûtent trop cher, ils ne connaissent que le rachitisme. Les riches en font usage, et ils gagnent le scorbut. S'il est vrai que la plupart des enfants scorbutiques sont en même temps rachitiques, l'immense majorité des rachitiques échappent au scorbut.

Pour engendrer celui-ci, il faut des conditions particulières. Et d'abord les enfants nourris au sein y échappent ; parmi ceux qui sont allaités artificiellement, ne sont exposés à devenir scorbutiques que ceux qui font usage des spécialités alimentaires, de laits de conserve, etc. Vient-on à supprimer ces spécialités, à les remplacer par du lait frais, des jus de fruits, la maladie rétrocede et disparaît.

Donc l'influence de l'alimentation n'est pas douteuse ; mais comment agit-elle ?

Probablement en provoquant des fermentations anormales, en produisant des toxines, des ptomaines qui empoisonnent l'enfant et aboutissent, avec le temps, à la cachexie scorbutique. Peut-être aussi intervient-il quelque infection secondaire ; car sur les milliers d'enfants allaités artificiellement avec des laits et aliments de conserve, si la plupart deviennent rachitiques, c'est à peine si quelques unités présentent des symptômes de scorbut. L'alimentation prédispose à la maladie ; mais elle ne suffit pas à la produire et nous pouvons soupçonner l'intervention de quelque autre élément surajouté.

Anatomie pathologique. — On peut trouver les lésions habituelles du rachitisme, l'hypertrophie épiphysaire, les incurvations diaphysaires, le chapelet costal, le crânio-tabes, etc. Mais ce qui caractérise le scorbut, c'est la présence d'hématômes sous-périostés et d'épanchements sanguins intra musculaires.

C'est au fémur et au tibia qu'on trouve le plus souvent l'hématôme sous-périosté formant un manchon autour de l'os, près de la diaphyse.

Le périoste est décollé, soulevé par un caillot sanguin, la moelle osseuse est semée de petites hémorragies, les trabécules osseuses sont rarifiées et les lacunes médullaires agrandies, d'où fragilité de l'os et fractures spontanées près des diaphyses, le plus souvent sans déplacement, masquées par l'hématôme, ne se voyant bien qu'aux rayons X. Pas d'ostéite, articulations saines. Dans quelques autopsies, on a trouvé des hémorragies dans la plèvre, le péricarde, l'intestin, etc., etc.

Symptômes. — Le début est brusque et se manifeste par une douleur aux membres, l'enfant refuse tout mouvement et crie quand on le prend, mais avant ce paroxysme, on peut noter de la pâleur, de l'anémie, un état peu satisfaisant de la nutrition, sans parler des troubles digestifs (diarrhée, constipation, vomissements), assez fréquents.

La douleur, la pseudo-paraplégie font penser au rhumatisme. Mais il n'y a rien d'articulaire et l'on sent une tuméfaction osseuse juxta-épiphysaire qui fait souvent incriminer un traumatisme (chute, coup) ou une tumeur spontanée, un sarcome. Dans quelques cas, on note des pétéchies en différents points du corps.

Si l'enfant n'a pas de dents, les gencives restent saines ; s'il a des dents elles deviennent rouges, gonflées, fongueuses et saignent facilement. On a noté des hématuries, du métrone dans quelques cas. On a pu observer aussi l'exophtalmie (hématôme orbitaire), l'enfoncement du sternum par fractures spontanées des côtes ; à l'examen radiographique, on aperçoit souvent un trait de fracture au niveau des hématômes fémoraux ou tibiaux. Peu ou pas de fièvre. Anémie plus ou moins marquée. La mort, qui n'est pas habi-

tnelle, peut être due à la cachexie progressive ou à une broncho-pneumonie.

Les cas légers guérissent rapidement, en quelques semaines, si le traitement convenable est institué ; les cas graves peuvent durer plusieurs mois ; les rechutes sont possibles.

Diagnostic. — Quand on est peu familiarisé avec la maladie, on a quelque difficulté à la reconnaître.

L'enfant est souvent rachitique, et on incrimine cette maladie.

On peut songer à la syphilis et à la pseudo-paralysie de Parrot ; mais cette dernière est plus précoce et affecte les membres supérieurs généralement respectés par le scorbut. L'ostéomyélite a un début plus bruyant. Le rhumatisme se localise aux jointures. Le sarcome a une évolution bien différente. En cas de doute, il faut examiner les gencives et s'enquérir des conditions hygiéniques.

Traitement. — Le traitement est des plus simples et des plus probants en faveur de la nature scorbutique de la maladie. Il consiste dans un changement complet d'alimentation. Si l'enfant est nourri avec des aliments de conserve, on les remplacera par du lait et des végétaux frais (lait cru, ou simplement bouilli, purée de pommes de terre) ; on donnera du jus d'orange (une cuillerée à café toutes les 2 ou 3 heures) ou de jus de raisin. Quant à la viande crue et au jus de viande recommandés par quelques auteurs on peut s'en passer. On prescrit en même temps le repos horizontal pour permettre aux hématômes de se résorber et aux fractures de se consolider. Plus tard on conseillera les bains salés, l'huile de morue, la cure maritime.

En somme, le scorbut infantile est bien une maladie scorbutique ; il se montre fréquemment chez les enfants rachitiques, mais il n'est pas une forme de rachitisme : si la plupart des enfants scorbutiques sont en même temps rachitiques, c'est qu'ils sont nourris artificiellement, c'est-à-dire exposés aux causes habituelles du rachitisme. (La Médecine Moderne.)

Le traitement chirurgical de certains pieds bots paralytiques par la greffe anastomotique musculaire ou tendineuse.

Sous ce titre, MM. Péraire, assistant de consultation à l'hôpital Bichat, et Mally, chargé du service d'électrothérapie au même hôpital, nous ont exposé le résultat de leurs recherches dans notre séance du 25 octobre 1898.

Il s'agit d'un essai de prothèse musculaire qui paraît rationnel et conforme aux lois de la physiologie. La chirurgie des pieds bots a jusqu'ici peu profité des données nouvelles de la pathologie nerveuse ; la tentative de MM. Péraire et Mally est orientée dans ce sens.

On sait que la prothèse artificielle des muscles, poussée à son extrême perfection par Duchenne (de Boulogne), n'a donné que peu de résultats. La transplantation musculo-tendineuse recommandée par nos auteurs est une prothèse naturelle que les progrès de la chirurgie actuelle permettent de réaliser sans péril. Elle ne date pas de bien longtemps, car elle a été mise en pratique pour la première fois par Nicolodani en 1881. MM. Phocas (de Lille), Cerné (de Rouen), Forgue (de Montpellier) et Piéchaud (de Bordeaux) sont les seuls chirurgiens français qui l'aient employée. L'opération peut se décrire sommairement dans les termes suivants :

Une incision de la peau conduit sur le tendon du muscle paralysé. On dédouble ce tendon en y taillant une sorte de lanière convenablement orientée, puis cette lanière est suturée à une lanière semblable, disséquée sur le tendon d'un muscle sain du voisinage, dont les fonctions ne sont pas antagonistes du muscle dégénéré. Le pied est immobilisé en position correcte dans un appareil plâtré, et au bout de quinze jours au maximum l'enfant peut commencer à marcher.

Telle est la technique ; mais dans quelles conditions MM. Péraire et Mally l'ont-ils recommandée ? Parmi les nombreuses varié-

tés de pieds bots, ils choisissent ceux qui sont consécutifs à la paralysie infantile, dont la pathogénie est parfaitement déterminée, et dans lesquels intervient un seul élément, la paralysie. La question des pieds bots spasmodiques est donc réservée.

Les auteurs emploient l'exploration électrique, c'est-à-dire la méthode de Duchenne (de Boulogne), de Erb, de Remak et des neurologistes allemands actuels, pour déterminer non seulement les muscles paralysés, mais encore leur degré d'altération histologique. Les différentes formes de la réaction de dégénérescence, les différents degrés de l'excitabilité électrique permettent de savoir si tel muscle atrophié a subi la dégénérescence totale ou simplement l'atrophie numérique, si on peut espérer lui voir reprendre spontanément sa vitalité, ou s'il est perdu pour toujours. La première indication est donc celle-ci : ne tenter la suppléance que des muscles totalement dégénérés.

Deuxième indication : ne recourir à l'anastomose que s'il reste un certain nombre de muscles sains.

L'opération n'est donc bonne que dans les paralysies à la fois incurables et incomplètes.

Il résulte des recherches des auteurs que, dans les paralysies du groupe antéro-externe de la jambe, on peut faire suppléer le jambier antérieur et les péroniers par le triceps, et réciproquement, faire suppléer le triceps par les muscles profonds de la jambe et par les péroniers.

La paralysie isolée du jambier antérieur paraît facilement corrigée par l'anastomose tendon à tendon du jambier et de l'extenseur propre du gros orteil. La paralysie isolée des péroniers peut être corrigée par l'anastomose de leurs tendons avec celui du triceps.

On peut ainsi améliorer dans une large mesure l'état fonctionnel de certains pieds bots paralytiques. L'opération de Phelps, plus ou moins modifiée par les chirurgiens actuels, doit être réservée aux pieds bots ballants, dont la jambe ne contient plus de muscles, ou aux pieds bots négligés qui ont acquis des attitudes vicieuses irréductibles. Il reste donc un certain champ d'action pour l'opération pratiquée par MM. Péraire et Mully sur six malades, avec des suites bénignes et des résultats fort encourageants. Leurs malades peuvent marcher sans le secours d'appareils orthopédiques, marcher longtemps et accomplir sans fatigue tel trajet familial qui leur demandait jadis un temps beaucoup plus long et de pénibles efforts.

Il y a là un fait chirurgical nouveau et intéressant, qui nous paraît digne de fixer l'attention. MM. Péraire et Mully résumant en leur opinion ainsi :

"Lorsqu'il s'agit d'un pied bot paralytique, chez un enfant ou un adolescent, avec lésions nerveuses définitives, l'anastomose musculo-tendineuse est l'opération de choix. Elle nous paraît préférable à la ténotomie. Elle permet d'éviter, dans la grande majorité des cas, les résections étendues du squelette du pied."

(Bull. de l'Académie de médecine.)

Traitement des entorses du pied

Tout le traitement de l'entorse, qu'il s'agisse soit d'une entorse tibio-tarsienne, soit d'une entorse médio-tarsienne, soit d'une entorse sans fracture, soit d'une entorse avec fracture simple du péroné, consiste dans le massage, le massage qui a fait tant de fois le succès des *rebouteux* et qui, aujourd'hui, entré dans la pratique médicale, codifié, systématisé, donne les mêmes succès sans aboutir aux désastres préparés, trop de fois, hélas ! par les mains inhabiles ou brutales des dits *rebouteux*.

Donc, en face d'une entorse du pied, il est inutile de mettre en œuvre l'immobilisation par les bandages *ad hoc* ou les gouttières, traitement qui fut si longtemps employé ; inutile aussi de recourir à la compression qui, si elle a rendu des services incontestables, ne peut pas toujours se faire impunément.

Mieux que par la compression, on arrive, par le massage, au

résultat désiré, à savoir la résorption de l'épanchement sanguin péri-articulaire qui s'oppose à la *restitutio ad integrum* des parties lésées.

Si on est appelé près d'un blessé immédiatement après l'accident, une bonne pratique est de plonger le pied malade dans un bain d'eau chaude, aussi chaude que le malade peut la supporter (45 o/o à 50 o/o). Immédiatement après le bain on pourra faire une première séance de massage.

Comment doit être pratiqué le massage ? D'une façon fort simple et point n'est besoin d'être un spécialiste en massothérapie pour arriver à faire bien ; au pied, en particulier, où les parties molles sont peu épaisses, la technique ne saurait être compliquée. La première indication est d'éviter la douleur ; il faut donc une main légère, patiente et pas nerveuse.

On commencera par des frictions légères avec le plat de la main, de bas en haut, dans le sens de la circulation veineuse, comme d'ailleurs toutes les autres manipulations massothérapeutiques. Quand la sensibilité de la région commence à s'émousser, on aura recours à des pressions plus énergiques faites avec les pouces, en suivant les saillies et les gouttières tendineuses. Ces pressions sont successivement pratiquées sur les régions dorsale, interne et externe du pied, en remontant, s'il s'agit d'une entorse médio-tarsienne, de la région médio-tarsienne jusqu'à l'union du tiers inférieur ou du tiers moyen de la jambe ; s'il s'agit d'une entorse médio-tarsienne, de l'extrémité des orteils jusqu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne avec cette réserve, pour ce dernier genre d'entorse, que l'épanchement étant beaucoup moins considérable on se contentera d'un massage moins prolongé et moins intensif.

Les séances de massage devront être courtes (une dizaine de minutes) et assez fréquemment répétées (quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures). D'ailleurs, il ne saurait y avoir à ce sujet aucune règle fixe ; on se basera sur l'intensité de l'épanchement, sur l'état douloureux de l'articulation, sur l'état d'arthritisme du sujet, sur l'état des veines ; s'il existe de la phlébite ou de l'arthrite assez considérable, on devra surseoir au massage ou le faire excessivement léger.

Dans l'immense majorité des cas, le traitement de l'entorse par le massage dure de huit à quinze jours ; il n'y a guère que chez les sujets profondément arthritiques que le traitement devra être très longtemps continué. Il ne faut pas oublier que la diathèse joue ici un très grand rôle, qu'on pourra souvent avoir de pénibles surprises et tomber sur un malade dont l'entorse s'éternise et même, chez des sujets à hérédité tuberculeuse, se transformer en tumeur blanche.

Il sera donc de bonne pratique de prendre, dès le début, ample connaissance sur le terrain sur lequel on opère et de faire ses réserves si ce terrain paraît être arthritique ou tuberculeux. On saura, en effet, très mauvais gré au médecin, lorsque, ayant annoncé une guérison sûre et prompte, la famille voit s'éterniser et se compliquer l'entorse.

Le massage doit être accompagné ou suivi de la mobilisation prudente et méthodique de la jointure.

On peut, dans certains cas, combiner le massage avec la compression. Toutefois celle-ci devra être faite très prudemment ; elle sera exécutée en moyen de la bande élastique, en ayant soin de garnir avec de la ouate les saillies osseuses et les gouttières malléolaires.

M. Larger fait ce qu'il appelle le massage ischémique dans le traitement des entorses et des fractures malléolaires. Il enveloppe tout d'abord avec de l'ouate le pied et le tiers inférieur de la jambe, puis il applique l'appareil d'Esmarch, jusque vers la racine du membre inférieur. Laisant en place la bande de Nicaise, il déroule la bande de caoutchouc de la racine du membre vers l'extrémité jusqu'au niveau du gonflement traumatique où elle est fixée et laissée en place vingt ou trente minutes. Au bout de ce temps la bande de caoutchouc est remplacée par un bandage ouaté compressif et, ceci

étant fait, on enlève la bande de Nicaise. Au bout de cinq jours le bandage ouaté est lui-même enlevé et, généralement le gonflement a complètement disparu. On se borne alors à faire porter au malade une chaussette en tissu élastique permettant tous les mouvements actifs du pied.

(Abeille méd.)

Sur les causes et les variations de la rigidité cadavérique

Par MM. A. LACASSAGNE et Etienne MARTIN

La constance de la rigidité cadavérique, son apparition dans des conditions toujours identiques, nous ont fait penser que les mêmes causes agissaient fatalement sur tous les cadavres et déterminaient ce phénomène de la rigidité des muscles.

Au moment de la mort quand la circulation s'arrête, le corps reste soumis aux lois physiques. Le premier effet de la pesanteur est de créer dans le cadavre une sorte de courant de haut en bas (circulation *post mortem* de Brouardel) qui enlève successivement à tous les tissus une partie de leur liquide nourricier, modifie, puis détruit la composition chimique cellulaire. Telle est la cause de la formation aux parties déclives des *lividités cadavériques*. La déshydratation cause la désorganisation de la cellule musculaire et crée la réaction chimique qui va déterminer la rigidité.

Nous le démontrerons par les expériences suivantes :

1° Dans les membres œdématiés on a observé que la rigidité était moins marquée que dans les membres sains. Mais si, comme nous l'avons fait, on permet à la sérosité de s'échapper et à la filtration de haut en bas de s'établir, la rigidité se montre comme à l'ordinaire.

2° Il est possible de produire une déshydratation rapide et par conséquent une rigidité précoce. Pour cela, nous maintenons fortement serré une bande d'Esmarch appliquée de l'extrémité à la racine d'un membre d'homme ou d'animal aussitôt après la mort. Sur ce membre, la rigidité survient plutôt que dans le membre opposé. De même un muscle isolé soumis à une compression entre très rapidement en rigidité.

3° Si immédiatement après la mort, on met un cadavre dans une position telle que, sous l'influence de la pesanteur, les liquides s'accumulent dans certains muscles, la déshydratation se fait plus lentement et ses muscles sont les derniers à entrer en rigidité. Sur un cadavre mis la tête en bas et les pieds en haut, on voit la rigidité débiter par les membres inférieurs. Sur les corps d'individus ayant succombé à une mort violente et dont les membres se trouvaient à des attitudes diverses, nous avons toujours observé que la rigidité commençait par les membres qui étaient placés sur le plan le plus élevé.

La loi de Nysten est exacte parce qu'elle a été établie sur des cadavres observés dans le décubitus dorsal. Dans cette situation, les muscles de la mâchoire, les sterno-mastoidiens, les muscles de la sangle abdominale deviennent nécessairement rigides les premiers et presque en même temps. L'apparition de la rigidité dans les bras ou les jambes varie avec la position que concervent ces membres après la mort.

4° Les héshydratants chimiques nous ont donné des résultats concordants.

Des injections dans les vaisseaux, de 2 cc. à 10 cc., suivant les cas, d'une solution de chlorure de calcium, de chloroforme, d'é d'alcool absolu nous ont permis de créer des rigidités immédiates sur les cadavres d'animaux et dans les groupes musculaires où nous voulions faire naître cette rigidité.

5° On sait par l'expérience de Sténon qu'il suffit de faire une ligature de l'aorte pour voir se développer petit à petit la rigidité dans les muscles privés de circulation.

Les circulations artificielles pratiquées avec du sang sur les membres inférieurs des suppliciés (Brown-Séguard,) avec du sérum

artificiel sur les animaux (Richet, Fische et nous-mêmes), montrent que l'on peut retarder l'apparition de la rigidité cadavérique.

La rigidité est donc le premier terme de la désagrégation de la cellule musculaire. Elle survient fatalement dans un muscle privé de circulation et soumis aux lois immuables de la pesanteur qui produisent la déshydratation de la cellule musculaire et la précipitation des matières albuminoïdes. L'ordre d'envahissement de la rigidité jusqu'ici paru systématisé sur les cadavres humains observés la plupart du temps dans le décubitus dorsal. Mais on peut modifier son apparition et sa marche par des changements d'attitude, des injections de liquides déshydratants dans les vaisseaux. Il en est de même lorsqu'il y a eu saignée à blanc, mort par la chaleur extérieure, mort par surmenage, etc, c'est-à-dire dans toutes les conditions qui produisent une déshydratation précoce du tissu musculaire. (*Académie des sciences de Paris.*)

Diagnostic précoce de l'endocardite pneumonique.

Dans la convalescence d'une pneumonie, l'apparition d'une endocardite ulcéreuse et végétante est toujours une complication grave. Au premier chef, il importe de porter un diagnostic précis et prompt.

Or, de ce diagnostic, si urgent, quels sont les éléments? Est-ce le souffle cardiaque? A la vérité, le souffle décele souvent l'endocardite; mais comme M. le professeur Potain l'a fait observer, l'endocardite peut fort bien exister sans s'accompagner du souffle cardiaque. A coup sûr, lorsque l'ulcération valvulaire aura, par son extension, déterminé la perforation de la paroi valvulaire, le souffle, et un souffle bruyant, se persévra à l'auscultation; mais, tardif sera le signe diagnostique. Il ne servira à autre chose qu'à constater l'irréversible accomplissement du mal et ne sera d'aucun secours pour l'institution d'une thérapeutique appropriée.

C'est à un autre élément de diagnostic qu'il faut s'adresser. Celui-ci se manifeste à temps pour laisser à la médication ses chances de succès. Il réside dans le caractère que prend, en pareil cas, le claquement des valvules.

Alors, le bruit valvulaire acquiert la tonalité *éteinte* sur laquelle avec tant de justesse Bouillaud a insisté.

Eteint dès le début et d'une constatation encore délicate, il devient, de jour en jour, plus manifeste; et, à mesure que la lésion progresse et que l'élasticité valvulaire se trouve de plus en plus compromise, il se mêle à sa tonalité *éteinte* quelque chose de *dur*.

Par la suite, le bruit valvulaire peut reprendre, tout en restant *dur*, sa tonalité *claire*; et enfin si l'affection cardiaque entre en voie de résolution, il perd sa dureté pour reprendre les caractères de son type normal.

Le type *éteint dur* du bruit cardiaque — bruit comparable à celui d'un tambour revêtu d'un crêpe et dont la peau aurait été tendue outre mesure — tel est donc l'élément de diagnostic par excellence, pour reconnaître au cours de la convalescence d'une pneumonie, l'apparition d'une endocardite.

Hâtons-nous d'ajouter que, d'après M. le professeur Potain, dans l'immense majorité des cas pour qu'une pneumonie en voie de convalescence soit suivie d'une endocardite ulcéreuse et végétante, une préparation organique est indispensable; telle, par exemple, une lésion valvulaire due à une atteinte antécédente de rhumatisme.

(*Gazette méd. Belge.*)

Diagnostic précoce de la coqueluche.

Dans un grand nombre de cas et en adoptant des mesures appropriées, on peut abrégier la durée et empêcher la propagation de cette affection. Cela n'intéresse pas seulement le praticien en général, mais aussi et surtout les rhinologistes et les oculistes qui sont souvent consultés pour cette affection à sa période de début. Ici encore le diagnostic peut être fait immédiatement à l'aide

de l'examen bactériologique des sécrétions. Celles-ci, provenant d'une muqueuse normale, ne contiennent que très peu de bactéries, tandis que dans la coqueluche on trouve un grand nombre de bactéries de nature diverse. Ces bactéries sont caractéristiques : elles sont complètement développées, deux ou trois fois plus longues que larges, arrondies et quelque fois épaissies à leurs extrémités et apparemment divisées sur la ligne médiane; de plus, elles sont entourées d'une capsule analogue à celle du pneumocoque de Friedländer. La méthode de coloration est une solution d'acide acétique à 1 o/o et ensuite la liqueur de Loeffler; fuchsine, 1; acide phénique, 5; glycérine, 50; eau, 100. On peut également employer les matières colorantes ordinaires d'aniline. On peut aussi se servir d'une solution d'arganine qui colore les bactéries en bleu et les cellules en rouge.

M. Wagner a trouvé des bactéries dans tous les cas. Il considère les bactéries comme la cause réelle et primitive de la maladie; on peut en trouver dans le pharynx, mais leur siège le plus habituel est le nez, dans les sécrétions duquel le microscope peut toujours les déceler avant l'établissement de la coqueluche.

(Ibid)

Incontinence d'urine chez les hystériques.

PAR BRISSAUD ET LERREBOULET

Après avoir souligné le caractère tout à fait exceptionnel de l'incontinence d'urine chez les hystériques, B. et L. rapportent l'observation d'un sujet, hystérique avéré, qui présenta à plusieurs reprises une incontinence d'urine évidente et tenace, associée d'un bord à une paralysie hystérique, puis à un tremblement généralisé, apparaissant et disparaissant chaque fois avec les troubles moteurs hystériques.

L'analyse de ce cas, rapproché d'un fait du même genre rapporté par Gasne et où ce dernier auteur concluait à la paralysie du sphincter vésical, amènent B. et A. à admettre qu'il y avait anesthésie du col et faiblesse du sphincter, il y avait en même temps hyperesthésie vésicale; celle-ci est prouvée par la sensibilité à la distension, lors d'injection intra-vésicale, sensibilité qui céda progressivement, en même temps que l'incontinence faisait place à la simple pollakiurie, qui diminua elle-même à son tour. L'incontinence de ce sujet était donc due à deux ordres de troubles fonctionnels : 1^o hyperesthésie vésicale. 2^o anesthésie du sphincter (c'est l'inverse de ce qui se passe lors de rétention, paralysie et anesthésie du corps, distension douloureuse puis contraction du col). Enfin, puisque ce malade était paraplégique lors de sa première crise, avait un tremblement des plus intenses lors de sa deuxième et troisième crises, il ne fait pas exception à la règle d'après laquelle l'hystérique simple reste propre : ce n'est que lorsque les accidents hystériques quels qu'ils soient (convulsions, crises de sommeil, paralysies, tremblement) atteignent leur maximum d'intensité, que l'incontinence peut survenir; elle évolue parallèlement à ces accidents; elle ne leur survit pas à titre de symptôme hystérique isolé.

(Gaz. hebdomadaire. — Feindel in Rev. Neurol.)

Valeur relative des pansements secs et des pansements humides

par R. SKILLERN in (Philadelphia Medical J.)

Dans les plaies par instruments tranchants un pansement sec est préférable. — Dans les plaies profondes par piqûre avec orifice petit, un pansement humide convient mieux. — Dans les plaies contuses et dilacérées il faut des compresses humides pendant une ou deux semaines, puis changer pour un pansement sec. — Dans toutes les plaies du cuir chevelu, infectées ou non, c'est au pansement sec qu'il faut avoir recours. — Quand le pus a fusé et qu'il existe des trajets fistuleux, il faut rembourrer à la gaze et appliquer un pansement sec. — Medical Age.

Le vanadium.

Les dérivés du vanadium ont une puissance d'oxydation extraordinaire. Le métavanadate de soude est un sel soluble dans l'eau. Il est très toxique. La dose serait de 1 à 5 milligrammes (1/65 à 1/12 gr.) dans les 24 heures : convient mieux de l'administrer 2 ou 3 fois par semaine. Il est presque sans saveur et est bien supporté. Sous son action il y aurait augmentation rapide de l'appétit, des forces et du poids. L'urine, l'urée et le coefficient d'oxydation azotée seraient aussi augmentés. Serait supérieur à l'arsenic, et serait par excellence le médicament de la nutrition retardante et des états cachectiques.

(Lyonnet, Martz, Martin, in Presse médicale).

FORMULAIRE

Diabète sucré.

- 1^o Chez les personnes maigres, (Marcus).
- | | |
|--------------------------|-------------|
| Acide arsénieux..... | 2 grains. |
| Poudre d'opium..... | 8 — |
| Chlorure d'ammonium..... | 4 drachmes. |

Faire 32 pilules.

Dose : — Une pilule trois fois par jour, après les repas.

2^o Chez les obèses (Mettaver).

- | | |
|---------------------------|-------------|
| Aloès du Cap..... | 5 drachmes. |
| Bicarbonate de soude..... | 1½ once. |
| Esprit de lavande co..... | 1½ — |
| Eau distillée..... | 1 chopine. |

Macérer quatre ou cinq jours.

Dose : Une cuillerée à thé trois fois par jour après les repas.

3^o (Wilson).

- | | |
|---------------------------|-------------|
| Salicylate de soude..... | 3 drachmes. |
| Liquueur de Fowler..... | 1 drachme. |
| Glycérine..... | 1 once. |
| Eau de cannelle pour..... | 3 onces. |

Dose : De une cuillerée à thé à une cuillerée à soupe trois fois par jour.

4^o (McCormick).

- | | |
|------------------------------------|-------------|
| Extrait fluide de jambul..... | 1 once. |
| Liquueur de bromure d'arsenic..... | 2 drachmes. |
| Eau distillée pour..... | 2 onces. |

Dose : Une demi-cuillerée à thé dans de l'eau trois fois par jour.

(J. Amer. Med. Asso.)

NOUVELLE.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS. — Le 8 juin 1899, était fondée à Paris, la société de Neurologie. — Elle a pour but de réunir en assemblées périodiques les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux. — Le bureau pour les années 1899 et 1900 est composé ainsi qu'il suit :—

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| Président..... | MM. Jeffroy |
| Vice-président..... | Raymond |
| Secrétaire général..... | Pierre Marie |
| Secrétaire des séances..... | Henry Meige |
| Trésorier..... | Souques |

La "Revue Neurologique" est l'organe de la société.—

L'UNIVERSITÉ LAVAL A MONTRÉAL, MUTATIONS A LA FACULTÉ. — Le doyen, M. le docteur Rottot, désirant prendre un repos, cède son cours de clinique interne; et monsieur le professeur Demers est appelé à lui succéder. Notre distingué collaborateur sera dans son élément comme clinicien à l'hôpital Notre-Dame, et nous espérons que nos lecteurs auront bientôt le plaisir de lire certaines de ses cliniques.

Notre ami, le docteur Benoit, rédacteur de l'Union Médicale, est chargé du cours de pathologie interne à la Faculté en remplacement du professeur Demers.

Nos plus sincères félicitations à notre jeune confrère.

Travaux Originaux

Les irrigations vaginales et les hautes injections rectales en gynécologie.

par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur adjoint à l'université Laval,
Gynécologiste de l'hôpital Notre-Dame.

Je viens vous entretenir, aujourd'hui, messieurs des injections vaginales et des injections rectales. Il est de toute importance que le praticien connaisse bien ces utiles moyens thérapeutiques des maladies pelviennes. La plupart du temps, par ignorance ou insouciance, le médecin se contente de dire tout simplement à sa patiente : " Donnez-vous des douches vaginales, " sans rien préciser. Or ce n'est pas ainsi qu'il faut agir. La femme ne sait habituellement que peu de chose, le plus souvent rien, sur la technique de ces injections. Encore si elle sait quelque chose elle ne peut apprécier les indications spéciales que sa maladie formule. Il n'y a que le médecin qui l'a examiné qui sait à quoi s'en tenir et encore ne le sait-il pas toujours ! Pour donner des renseignements utiles à ses malades il faut qu'il soit au courant de la technique des douches et qu'il sache en connaître la valeur thérapeutique ; il faut qu'il leur donne des indications détaillées précises à chacune d'elles sans peine de les voir user de ces moyens précieux pendant des mois sans en retirer de mieux ; ils valent moins que rien alors ! Cette ignorance ou cette indifférence est tellement fréquente que tous les jours au dispensaire il nous arrive des personnes qui se donnent mal des douches depuis longtemps parce qu'elles n'ont jamais été renseignées sur leur importance et sur la manière de se les administrer ; " Ah ! le docteur ne m'a jamais dit comment. " Voilà la réponse journalière.

Les douches sont données comme mesure de propreté et comme agent thérapeutique. Leur emploi date d'au-delà du temps d'Hippocrate. Beaucoup de personnes propres se donnent tous les jours ou plusieurs fois par semaine — sans qu'il y ait d'état morbide — une lotion vaginale avec une eau tiède aromatisée et appliquent sur les parties génitales externes une poudre de toilette. Ces précautions hygiéniques, que l'on doit encourager, ne sont soumises à aucunes règles spéciales, si ce n'est celles de ne pas en abuser et d'éviter l'emploi de toute substance toxique. Au contraire, lorsque les irrigations sont prises dans un but thérapeutique, c'est le médecin qui doit — pour chaque malade — en préciser l'emploi.

Les termes lotions, injections, irrigations, douches vaginales sont des termes plus ou moins synonymes aujourd'hui ; cependant la lotion et l'injection sont de simples lavages de peu de durée ; l'irrigation — qui peut être continue — est une injection plus longue, plus raisonnée, et la *douche* — presque abandonnée aujourd'hui — s'applique à l'action subite intermittente du jet d'eau sur les parois du vagin, les culs-de-sac et le col utérin, en se servant d'un spéculum.

L'eau est le liquide le plus en usage pour les irrigations ; elle est employée seule, pure, stérile, ou servant de véhicule à certaines substances médicamenteuses. Les injections de gaz, d'huiles, de

vin et d'autres substances sont à peu près délaissées ; cependant les courants d'air sec chaud à 100° à 200° F, sont encore à l'essai. On se sert de l'eau froide, de 0° à 10° C. (32° à 50° F.h.) ; de l'eau tiède, de 20° à 38° C. (70° à 90° F.) ou de l'eau chaude, de 38° à 70° C. (100° à 160° F.).

Les injections froides, quoique très utiles parfois, étant dangereuses et demandant une surveillance toute spéciale, sont moins usitées ; les douches tièdes sont employées comme mesure de propreté surtout. Il n'y a guère que les irrigations chaudes qui sont passées dans la thérapeutique gynécologique courante.

Pour prescrire intelligemment ces douches, il faut toujours avoir présent à l'esprit, lorsque vous les ordonnez, l'action physiologique et thérapeutique de l'eau : l'eau tiède n'est guère que détersive, l'eau froide détermine de prime abord une accélération de la circulation, de courte durée, suivie bientôt d'un ralentissement du courant sanguin et d'un abaissement marqué de la température si elle est longtemps continuée ; l'action décongestionnante est de peu de durée à moins d'une surveillance et d'une technique spéciales. L'eau chaude, au contraire, demande moins de surveillance ; son action est vaso-constrictive, décongestionnante éminemment plus que l'eau froide et de plus longue durée ; elle prodnit tout d'abord une dilatation vasculaire (congestion) et bientôt après une contraction (action décongestionnante) ; la circulation est ainsi accélérée, la stase sanguine est combattue et la nutrition locale activée. Cette action décongestionnante, *résolutive*, qui favorise l'absorption des exsudats et qui calme les douleurs, n'est obtenue qu'à la condition que l'eau soit chaude et laissée assez longtemps en contact avec les tissus, d'une façon continue. L'eau très chaude, a, comme vous le savez tous, des pouvoirs hémostatiques très précieux.

Je vous prie, messieurs, de ne pas oublier ces données ; elles vous fournissent la clé de votre thérapeutique, car la température de l'eau, la quantité à employer, la durée de la douche, etc., sont toujours réglées par les lésions à traiter et l'effet à obtenir.

Il va s'en dire que l'eau de la douche doit être *aseptique* ; on a dû la faire bouillir, et s'il faut la refroidir ce sera avec de l'eau froide qui a bouillie.

Position de la patiente pendant la douche. — Il est de la plus grande importance que le médecin insiste sur la position que la patiente doit prendre pendant qu'on lui administre une douche ou qu'elle la prend elle-même. Pour obtenir un véritable effet thérapeutique, tous les gynécologues sont d'accord : il faut que la personne soit dans le *décubitus dorsal*, le siège un peu soulevé ; et combien y a-t-il de femmes à qui on le dit ? Toutes presque s'accroissent dans leur erreur. Le but de l'injection étant de mettre l'eau en contact prolongé le plus intime possible avec les organes du bassin, le *décubitus dorsal* est la posture qui favorise le plus cette tentative. La personne, dans cette position, étant à l'aise, les muscles abdominaux et pelviens se relâchent, les organes retombent vers le promontoire et l'eau arrive facilement à distendre le vagin et à y séjourner plus longtemps, le cul-de-sac postérieur étant le point le plus déclive du vagin.

La position génu-pectorale serait l'idéal, mais les douches n'y sont guère praticables.

Vous devez défendre à vos clientes de se donner leur douches,

accroupies sur un vase, *assises* sur le siège des latrines, sur un bidet, sur le bord de la baignoire; tout au plus ces positions peuvent-elles être tolérées pour de simples lavages détersifs et encore l'eau n'arrive-t-elle pas au fond du vagin et n'en étale-t-elle pas suffisamment les replis.

Si la personne peut se lever facilement, l'installation suivante est une des plus simples : On fixe, avec une couple d'épingles, près du bord du lit, une toile cirée qui pend au-dessus d'un vase qui doit recevoir l'eau qui s'écoule du vagin; une autre épingle rapproche les coins inférieures de la toile et forme ainsi une espèce d'entonnoir. En dessous de ce mackintosh, sur le rebord du lit, on place un coussin destiné à relever le siège de la patiente; les épaules de celle-ci seront supportées par des oreillers; une ou deux chaises soutiennent les pieds. Les choses ainsi disposées, et cela prend une ou deux minutes, la personne se couche, ses hardes bien relevées en arrière et le siège bien au bord du lit. De cette façon, elle est à l'aise et ne fatiguera pas pendant toute la durée de l'injection.

Si la personne ne peut se déranter facilement dans son lit, il faut alors se servir d'un bassin quelconque pour recevoir le liquide qui ressort du vagin. Les irrigateurs à occlusion vulvaire, à double courant, ne sont pas d'un fonctionnement toujours certain et l'action détersive de la douche n'est pas aussi complète que lorsque la vulve n'est pas obstruée. Le bassin plat que l'on met sous le siège ne devra pas être froid. Il faut qu'il ait une capacité suffisante pour que l'on ne soit pas obligé de le changer pendant l'injection; il pourra être pourvu d'un tube de trop-plein qui déversera dans un vase près du lit.

Il est de bon usage de faire un lavage soigné des parties externes avant et après chaque douche. La personne qui administre l'injection doit avoir les mains nettes.

Aussitôt l'injection terminée, la patiente doit s'asseoir pour vider le vagin, mais elle se recouchera pendant une demi-heure ou une heure; elle sera ainsi au repos et la position horizontale aidera et prolongera l'effet décongestionnant produit par la douche. Le vagin vidé, les parties génitales externes sont nettoyées et asséchées, puis recouvertes d'une compresse chaude stérile, maintenue par une garniture propre. Comme après la douche, la personne doit restée couchée, le meilleur temps pour la donner c'est le soir. Si l'injection est faite le jour et que la personne veuille sortir après avoir pris le repos voulu, il faut, dans notre climat, qu'elle porte, l'hiver, l'automne et le printemps, un caleçon fermé et qu'elle soit bien chaussée.

Autant que possible, l'habitude des injections ne doit pas être rompue brusquement, mais peu à peu en éloignant les intervalles et en diminuant progressivement la température.

Indications des injections vaginales. — En se rappelant l'action décongestionnante et résolutive de l'eau chaude bien employée, on voit que les douches trouvent leur indication dans plus d'une affection du bassin. Elles se donnent surtout 1^o dans les affections *sous-aiguës et chroniques*; encore dans les premières faut-il en surveiller l'emploi, afin d'éviter le réveil d'une inflammation latente. Dans les affections *aiguës*, on se sert moins des douches chaudes, le repos, les contre-irritants externes, les émoullients agissant mieux. 2^o dans les états *congestifs à répétition*; 3^o dans les affections avec

poussées inflammatoires sub-aiguës; 4^o dans les lésions *annexielles sans trop d'adhérences*; 5^o dans les hyperplasies et la sub-involution; 6^o comme *résolutif* des exsudats pelviens; 7^o dans les métrorragies — alors on les donnera à haute température et souvent répétées; 8^o chez certaines nerveuses, hystériques, avec hypéresthésie génitale, à forme congestive, dysménorrhéique — température plus basse alors (90° à 105°) et irrigation plus longue; 20 à 30 minutes, à basse pression; 9^o dans toutes les maladies génitales avec sécrétions muco-purulentes, irritantes ou fétides; 10^o avant tout pansement vaginale et après l'enlèvement de celui-ci; 11^o chez la femme après la menstruation et après les couches; 12^o dans la sub-involution, etc. (à suivre)

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la pneumonie franche chez l'enfant

D'après M. le DR COMBY.

Quand la pneumonie évolue simplement, sans ataxo-adynergie sans hyperthermie, sans tendance à l'asphyxie ni au collapsus, en un mot sans symptômes alarmants, la thérapeutique pourra être réduite sans inconvénient à sa simple expression. On se contentera d'une expectation vigilante, se bornant à l'hygiène thérapeutique qui convient à tous les cas, et sur lequel nous devons tout d'abord insister.

A. Autant que possible, l'enfant sera isolé dans une chambre assez vaste, où l'air se renouvellera largement et facilement; il est nécessaire dans toutes les maladies du poumon, dans la pneumonie comme dans les autres affections de cet organe, de donner un air pur et abondant. Au besoin on laissera les fenêtres entr'ouvertes, et, quand on le pourra, on accordera à l'enfant deux chambres, une pour le jour et l'autre pour la nuit. En cas d'exiguïté des pièces, d'étroitesse et d'obscurité des appartements, il sera bon de faire des inhalations d'oxygène.

La température de la chambre occupée par le malade sera modérée (17°, 18°, 20°); elle sera assurée en hiver par un chauffage de cheminée au feu de bois. Tout cela pourrait s'appeler l'hygiène respiratoire du pneumonique.

La propreté du corps, l'antiseptique n'est pas moins nécessaire; elle sera assurée par un grand bain tiède qu'on pourra renouveler plusieurs fois dans le cours de la maladie, par des lavages soignés de toutes les parties souillées par les déjections ou les crachats quand il y en aura. Injections et crachats seront stérilisés dans des vases contenant une solution de sublimé à 1 p. 1000 ou de sulfate de cuivre à 5 p. 100. On fera systématiquement des lavages de la bouche, des narines, de la gorge avec de l'eau boriquée ou simplement bouillie afin de parer dans la mesure du possible aux infections secondaires à point de départ nasal ou bucco-pharyngé.

L'hygiène alimentaire du malade est très importante, la fièvre ne permet pas une alimentation solide. On se contentera de donner du lait, des tisanes chaudes au goût des petits malades, des sirops de fruits acidulés étendus d'eau, etc. En somme, diète liquide. On ne se contentera pas de donner satisfaction à la soif des petits malades; on les invitera à boire souvent et abondamment. Des boissons abondantes solliciteront l'activité du filtre rénal et entraîneront avec elles les déchets organiques et les toxines qui menacent d'empoisonner le malade. La diurèse est à rechercher; on fera tout pour obtenir des urines claires et abondantes. Il n'est pas utile de donner des liquides alcooliques qui, après tout, sont des poisons, et dont l'action tonique et stimulante sera réservée pour les cas particuliers de faiblesse et de prostration qui les indiquent.

On veillera au bon fonctionnement de l'intestin et on devra toujours combattre la constipation, habituelle dans la pneumonie.

L'enfant sera aisément maintenu au lit pendant toute la période fébrile de la maladie ; après la défervescence, il demandera à se lever ; on ne le lui permettra pas tant que les signes physiques indiqueront la persistance d'un foyer quelconque.

Quand tout sera revenu à l'état normal depuis quelques jours, on laissera l'enfant essayer ses forces dans la chambre et l'appartement en évitant les causes de refroidissement auquel il est très sensible. Dans cette maladie, la convalescence n'existe pour ainsi dire pas, et le retour de la santé est immédiat.

Nous n'avons pas parlé jusqu'à présent de médicaments ; on peut s'en passer : dans quels cas faut-il y avoir recours ?

B. Autrefois on ne traitait pas une pneumonie sans révulsifs énergiques, et les enfants les plus jeunes n'échappaient pas au vésicatoire. Ce révulsif énergétique peut bien, dans quelques cas, être accepté comme décongestionnant local et dérivatif ; mais, chez l'enfant, il n'est jamais indiqué et il peut faire beaucoup de mal ; je ne le prescris jamais dans la pneumonie ; il est inefficace et il est dangereux, cela suffit pour le condamner.

Mais si l'on s'abstient du vésicatoire, on pourra employer les ventouses sèches, sacrifiées même, dans les cas de point de côté violent, les cataplasmes sinapisés, les applications locales d'eau froide ou même de glace, etc. Ces révulsifs, qui n'entament pas la peau, n'ont aucun inconvénient.

Je n'ai pas besoin de dire que la saignée, dont on abusait autrefois, n'est jamais indiquée chez les enfants. Tout au plus peut-on autoriser la scarification de 2 ou 3 ventouses au niveau du point de côté.

C. Si la médication révulsive doit être très modérée ou nulle, la médication évacuante est applicable à tous les cas ; j'ai dit qu'il fallait faire uriner les malades en les faisant boire. Il faut aussi les faire aller à la garde-robe, les purger une ou deux fois pendant la maladie. On leur prescrira 10 ou 15 grammes, (2 à 4 drachmes,) d'huile de ricin, 25 à 50 centigrammes (3 à 8 grains) de poudre de scammonée. Le vomitif peut convenir aux cas compliqués de dyspnée intense et de catarrhe bronchique. On pourra associer l'ipéca à la scammonée (45 centigrammes — 3 grains — de chacun à prendre dans un demi-verre d'eau sucrée).

Si l'état saburral est très prononcé, je prescris volontiers un éméto-cathartique (5 milligrammes—1/12 gr.—de tartre stibié par année d'âge avec 1 gramme (15 grs.) de sulfate de soude par année dans un julep gommeux de 120 ou 130 grammes).

Par exemple, pour un enfant de 10 ans, je prescris :

Tartre stibié..... 0 gr. 05 ($\frac{1}{2}$ gr.)
Sulfate de soude..... 10 grs. (2 $\frac{1}{2}$ drachmes).
Julep gommeux..... 130 grs. (4 onces.)

A. prendre le matin à jeun en trois ou quatre fois à 30 minutes d'intervalle. L'enfant aura ainsi quatre ou cinq vomissements et autant de selles. Il en éprouvera du soulagement : dyspnée moindre, pouls ralenti, état général meilleur.

Dans les cas de pneumonie biliaire avec gros foie, subiotère, je donne volontiers le calomel (5 centigrammes tous les matins).

D. L'hyperthermie habituelle dans la pneumonie peut, si elle est excessive, commander une thérapeutique spéciale, quoiqu'on ne doive pas s'effrayer outre mesure des hautes températures présentées en pareil cas par les enfants.

Des antithermiques chimiques, antipyrine, quinine, etc., n'ont pas d'action directe et spécifique sur la fièvre pneumonique. Pour obtenir un abaissement momentané, il faut prescrire des doses énormes, c'est-à-dire toxiques ; il n'y a aucun intérêt à le faire.

L'eau froide agit mieux et à moins de frais. J'ai remarqué que le bain froid à 25° et même à 20°, était parfaitement supporté par tous les enfants, et que grâce à une série de bains donnés tous les

3 ou 4 heures on obtient des rémissions thermiques, un soulagement manifeste, l'atténuation de la dyspnée, l'amélioration du pouls, l'augmentation de la vitalité, la disparition de l'agitation, du délire, de l'insomnie quand ces troubles existent. Les avantages de la baignade froide sont donc multiples ; mais cette médication n'est que palliable, elle n'abrège pas la durée de la maladie, elle ne modifie pas le cycle thermique. Le drap mouillé, les compresses d'eau froide, ont une action analogue, mais moins puissante.

E. Dans les cas où la pneumonie se complique d'agitation, de délire, de convulsions, manifestations qui ne se voient guère que chez les enfants nerveux prédisposés par une hérédité neuropathologique très chargée, on prescrira avec avantage les stupéfiants et antispasmodiques habituels. On ne donnera pas l'opium qui congestionne le cerveau et constipe les malades, tout en restreignant la sécrétion urinaire (autant de contre-indications). Mais on pourra prescrire de petites doses de chloral, d'uréthane, de sulfonal, de bromure de potassium, de musc, etc. J'ai trouvé que le trional avait en pareil cas de grands avantages ; avec 25, 55, 75 centigrammes pris le soir dans un peu de lait chaud, en 1, 2, 3 doses, suivant l'âge, on obtient un sommeil calme et prolongé sans affaiblissement du malade. Le trional peut être répété plusieurs jours de suite sans danger.

F. S'il y a de l'affaiblissement du cœur avec petitesse et irrégularité du pouls, cyanose, dyspnée extrême, adynamie, menace de collapsus, il faut bien se garder de donner les bains froids qui seraient mal supportés et pourraient être suivis de syncope. On fera tout au contraire pour révéler et stimuler. C'est alors que l'alcool (potion de Todd) peut être indiqué, que les injections de caféine, (25 à 75 centigrammes par jour), de spartéine (3 à 20 centigrammes), pourront rendre des services. La digitale peut également être prescrite et elle a le double avantage de relever le cœur et de favoriser l'action du rein. Elle sera prescrite en cas d'oligurie et d'insuffisance cardiaque, à dose modérée (5 à 20 centigramme de poudre de feuilles suivant l'âge, en macération ou infusion). Je ne crois pas que la digitale à haute dose, c'est-à-dire par grammes (méthode romaine) soit utile et inoffensive. La pneumonie guérissant toujours chez les enfants, on serait coupable de leur faire courir des risques d'empoisonnement sans objet.

G. On voit, par ce résumé rapide, combien petite est la place occupée par les médicaments dans le traitement de la pneumonie infantile. Dans tous les cas, hygiène thérapeutique ; dans quelques cas seulement et suivant les symptômes, révulsifs légers, laxatifs, bains froids, toniques, calmants.

La prophylaxie consiste à protéger les enfants contre le froid, qui reste la cause habituelle de la pneumonie franche, à les isoler quand ils sont atteints de cette maladie, ou à les empêcher de voir des pneumoniques quand ils sont indemnes. En effet, quoique la pneumonie ne soit pas spécifique, quoiqu'elle puisse naître spontanément chez tous les sujets, elle a, dans quelques cas, un pouvoir contagieux, elle peut se transmettre d'un malade à une personne saine, surtout quand cette personne est vulnérable comme le sont les enfants.

Pour éviter les récives, on conseillera des lavages de la bouche, des irrigations de la gorge et des fosses nasales le matin et le soir chez les enfants convalescents de pneumonie. (*Tribune médicale.*)

Traitement de l'hydarthrose du genou.

par M. le Pr DUPLAY

Messieurs, vous connaissez toute la grande fréquence de l'hydarthrose du genou que vous aurez souvent l'occasion de rencontrer dans votre pratique et qu'il importe de savoir soigner convenablement. Aussi je me propose de consacrer cette leçon à l'exposé du traitement de cette affection.

J'aurai seulement en vue le traitement de l'hydarthrose simple, idiopathique, caractérisée, comme vous le savez, par un épanche-

ment de liquide séreux dans la cavité synoviale, sans altération profonde de la séreuse articulaire, et je laisserai de côté les cas nombreux où l'épanchement est symptomatique de lésions plus ou moins graves des parties constituantes de l'articulation (synoviale, ligaments, cartilages, extrémités osseuses). Cette distinction entre l'hydarthrose symptomatique et l'hydarthrose idiopathique, mérite d'être conservée au point de vue clinique, quoique en réalité elle n'existe pas au point de vue pathologique, car même dans l'hydarthrose idiopathique, l'épanchement de sérosité dans l'intérieur de la jointure est toujours la conséquence d'une lésion inflammatoire de la séreuse.

Ceci posé, l'hydarthrose essentielle ou idiopathique peut reconnaître des causes variées, soit qu'elle succède à un traumatisme quelconque, soit qu'elle se développe spontanément, et dans ce cas on doit invoquer le plus ordinairement le rhumatisme, où même la blennorrhagie; car l'arthrite blennorrhagique se présente parfois sous la forme de l'hydarthrose simple.

Le diagnostic de l'hydarthrose idiopathique est des plus faciles. Le genou est augmenté de volume, sans aucun changement de coloration de la peau et sans aucun empâtement. La région est déformée, le creux et les replats sont effacés, souvent même remplacés par des saillies, des bosselures, qui répondent à des points déterminés, tels que le cul-de-sac sous tricépitale et les culs-de-sac latéraux situés de chaque côté de la rotule et du tendon rotulien. Assez souvent, il se développe des saillies anormales du côté du creux poplité, le liquide venant distendre les bourses séreuses tendineuses qui existent à ce niveau et notamment celles du jumeau interne. Lorsque l'épanchement est très abondant, il rend le genou globuleux. La palpation permet de reconnaître, au niveau des bosselures qui répondent à la distension de la synoviale, une rénitence et une fluctuation évidentes. La rotule est soulevée par le liquide et écarté du condyle; si on la déprime brusquement en exerçant avec les doigts une pression sur sa face antérieure, elle vient heurter la poulie fémorale et il en résulte une sensation particulière perçue par la main du chirurgien et comme sous le nom de *choc rotulien*. Mais, lorsque le liquide est peu abondant, il est nécessaire de recourir à une manœuvre particulière pour produire le choc rotulien. Pour cela, une main embrasse l'extrémité inférieure de la cuisse, au-dessus de la rotule, afin de comprimer le cul-de-sac sous-tricépitale; l'autre est placée de la même façon au-dessous de la rotule pour empêcher le liquide de fuir à la partie inférieure de l'articulation, le pouce et l'index de chaque main sur le côté correspondant de l'article. Grâce à cette manœuvre, le liquide est refoulé au-dessous de la rotule, et il suffit, pour produire le choc, de presser avec l'index la face antérieure de l'os.

Bien que toutes les parties constituantes de la jointure paraissent saines à l'examen le plus minutieux, cependant dans certains cas la synoviale peut présenter quelques parties épaissies, surtout au niveau des points de réflexion; ces points peuvent même offrir une certaine induration due à l'hyperplasie du tissu sous-synovial.

En général, l'hydarthrose ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel. Parfois, cependant, on note un peu de douleur et de gêne dans les mouvements qui sont limités par l'épanchement; mais le plus souvent, cette gêne n'existe pas et l'on est tout surpris de la conservation parfaite des mouvements malgré la présence d'un épanchement considérable. Dans la grande majorité des cas on n'observe pas de mouvements anormaux, cependant lorsque la maladie est de date très ancienne et a déterminé une sorte de ramollissement, de laxité des ligaments, on peut constater l'existence de mouvements de latéralité ou bien l'extension peut être portée au delà de sa limite normale; enfin, exceptionnellement, la mobilité anormale est telle qu'on l'a comparée à celle d'une *jambe de polichinelle*.

En présence de ces symptômes, qui caractérisent l'hydarthrose

idiopathique, il est toujours facile de la distinguer des hydarthroses symptomatiques dont la symptomatologie s'écarte plus ou moins de la description précédente. Seule, l'arthrite tuberculeuse à son début pourrait parfois donner lieu à quelques hésitations.

On pourrait, en effet, songer à cette dernière affection, lorsqu'on se trouve en présence d'une hydarthrose datant déjà de quelques mois, lorsque la synoviale offre sur certains points ces épaississements que j'ai signalés, lorsque le traitement est resté inefficace, enfin lorsque le sujet est manifestement prédisposé à la tuberculose. Cependant, un examen approfondi permettra presque toujours de reconnaître l'existence de lésions plus profondes de la synoviale, parfois même une altération des extrémités osseuses articulaires, ou plus souvent encore des ligaments; d'où résulte la possibilité d'imprimer à la jointure des mouvements de latéralité. Enfin en s'en tenant aux symptômes habituels de l'hydarthrose, on constatera certaines particularités qui devront faire plutôt songer à une tuberculose articulaire: c'est ainsi que la fluctuation est moins franche que dans l'hydarthrose idiopathique, le choc rotulien est moins sec, comme amorti par la présence des fongosités; parfois même, il existe quelques frottements du côté de la rotule due à l'altération des cartilages. Enfin la douleur se rencontre plus fréquemment que dans l'hydarthrose simple, et elle s'accompagne de contractures musculaires qui tendent à immobiliser l'articulation ou du moins à limiter ses mouvements. Mais, malgré tout, je le répète, dans certains cas, le diagnostic différentiel entre l'hydarthrose simple et la synovite tuberculeuse au début, présente de très sérieuses difficultés.

Le pronostic de l'hydarthrose simple est sans gravité. Quelquefois cependant, il comporte certaines réserves en raison de sa chronicité, de sa résistance au traitement et de la facilité des récidives. J'ajoute que, chez les sujets prédisposés à la tuberculose, l'hydarthrose idiopathique peut créer un appel à la localisation bacillaire et faciliter l'éclosion d'une arthrite tuberculeuse secondaire.

Je tiens encore à attirer tout particulièrement votre attention sur une conséquence assez habituelle de l'hydarthrose chronique qui peut rendre son pronostic plus grave. Je veux parler de l'atrophie des muscles et plus spécialement de l'atrophie du triceps fémoral qui parfois persiste même après la guérison de l'hydarthrose et constitue une maladie pour ainsi dire nouvelle, réclamant un traitement particulier. Cette atrophie, qui peut être assez légère pour n'être appréciable que par la mensuration, atteint quelquefois un tel degré qu'elle devient évidente par la simple comparaison avec le membre sain. Dans ce cas, le muscle est molasse et aplati. J'ai contribué à démontrer, en collaboration avec Cazin, que toute affection articulaire provoquait, par action réflexe, l'atrophie musculaire. Dans l'espèce, l'atrophie apparaît très rapidement au bout de quelques jours et atteint parfois, comme je l'ai dit, un degré extrême; c'est alors qu'elle constitue une aggravation sérieuse du pronostic, surtout si elle est méconnue, car elle persiste très longtemps et ne guérit que par un traitement spécial.

Après ces quelques considérations relatives au diagnostic et au pronostic de l'hydarthrose simple, idiopathique, j'arrive au traitement de cette affection qui, comme je vous l'avais annoncé, continue l'objet principale de cette leçon.

La principale raison qui m'a engagé à choisir ce sujet d'étude, c'est que j'ai maintes fois constaté que le traitement de l'hydarthrose était très mal dirigé, d'où il résulte souvent une prolongation pour ainsi dire indéfinie de la maladie.

(à suivre)

De l'enchatonnement du placenta

Par M. le Dr L. J. AUDEBERT, Toulouse.

La délivrance "est une période fertile en incidents, en accidents qui demandent de la part de l'accoucheur du sang-froid et une connaissance approfondie des phénomènes physiologiques qui se succèdent et des complications qui peuvent survenir".

Tous les accoucheurs ont déjà souscrit à ces paroles si sensées de Ribemond-Dessaignes et Lepage, et pour moi, je ne saurais mieux faire que les placer en tête de ce modeste travail, dans lequel je voudrais étudier une des complications les plus graves de la délivrance, l'enchatonnement placentaire qui, apparaissant avec une soudaineté qui défie souvent toute prévision, s'accompagne bientôt de phénomènes graves, bien faits pour effrayer et troubler un observateur inexpérimenté. Cette complication exige par conséquent, non seulement du sang-froid, mais aussi de la clairvoyance, et du bon sens clinique. De plus, la nécessité où l'on se trouve de prendre un parti en quelques minutes, de trancher rapidement l'opportunité d'une intervention, de préciser en même temps quelle sera cette intervention sans avoir le loisir de peser le pour et le contre, demande encore un esprit de décision, une confiance en soi-même, qu'une longue expérience et l'étude réfléchie de la délivrance normale et pathologique peuvent seules donner.

Après avoir reconnu la véritable cause de ces accidents, il faut sans hésitation y porter remède. Aussi, au point de vue pratique, importe-t-il de décrire aussi nettement que possible les symptômes caractéristiques et le traitement de l'enchatonnement.

Pour les anciens accoucheurs, *Part* entre autres, le seul obstacle à l'issue du placenta était le *resserrement du col*.

Justine Sigmundin, en 1690, avait déjà remarqué que l'orifice intérieur du col pouvait être assez contracturé pour empêcher la délivrance ; mais c'est *Peu* qui le premier, en 1694, établit une distinction précise entre le *resserrement du col* et le *chatonnement du placenta*, comme cause de la rétention du délivre.

Moriceau (1715) a parfaitement étudié "la subite contraction de l'orifice interne" qui, d'après lui, amène la rétention placentaire beaucoup plus souvent que les adhérences anormales, et donne à la matrice la forme d'une "calebasse".

Levret décrit d'une façon complète les causes et le mécanisme de l'incarcération placentaire et vulgarisa le mot d'*enchatonnement*.

Puis à l'aide de données anatomiques plus exactes, d'observations cliniques plus complètes, on est parvenu à voir le rôle important que jouait la contraction utérine dans les phénomènes d'emprisonnement de l'arrière faix et l'on admit que sous l'influence de causes diverses (excitation de l'utérus, tractions sur le cordon, malformation congénitale) une portion du muscle utérin pouvait devenir le siège d'une contracture exagérée, d'un *spasme* amenant quelquefois la rétention d'une partie ou de la totalité des annexes fœtales.

Ainsi tous les auteurs modernes ont établi la même distinction que *Peu*, et la notion de l'enchatonnement du placenta s'est tellement répandue, que dans beaucoup de cas, la contracture de l'anneau de *Bandl* est restée inaperçue et que souvent on a mis sur le compte de l'enchatonnement des accidents de dystocie placentaire dus certainement à la rétention spasmodique de cet anneau musculaire. *Stolz* avait divisé les irrégularités de la contraction utérine en quatre catégories :

- 1o *Spasme de l'orifice externe*, infiniment rare ;
- 2o *Spasme total du corps de l'utérus* qui n'est guère observé qu'après l'administration de l'ergot de seigle (*Stolz*), et que nous connaissons aujourd'hui sous le nom de *tétanisation* ;
- 3o *Spasme de l'orifice interne* qui reconnaît le plus souvent la même cause que la précédente ;
- 4o *Spasme du corps de l'utérus* ou enchatonnement qui pouvait présenter deux variétés ;

A. Enchatonnement par *enkystement* quand le placenta tout entier était emprisonné dans la loge anormale ;

B. Enchatonnement par *encadrement* lorsque le muscle utérin formait autour du placenta un bourrelet plus ou moins saillant, mais laissant libre une partie plus ou moins étendue de sa face fœtale.

Quelques accoucheurs, *Riecke*, d'Outrepoint, *Scanzoni*, etc., ont attiré l'attention sur une autre cause de difficultés dans la délivrance : c'est l'insertion du placenta dans l'extrémité utérine d'une trompe.

Dans ses leçons sur la délivrance (1891), *Pinard* simplifie la question et établit que la rétention du placenta peut se faire à trois étages différents dans l'axe de l'utérus :

1o A l'orifice externe ou pour parler plus exactement à l'orifice utérin ;

2o A l'anneau de *Bandl* ;

3o Au-dessus de l'anneau de *Bandl* sur une portion quelconque du muscle utérin.

La première variété est tellement rare, que peu d'accoucheurs ont la possibilité de l'observer.

Quant à la seconde, c'est la plus fréquente, elle constitue ce que *Guillemot* a appelé, après les Anglais, le "Hour-glass contraction", autrement dit l'utérus en sablier. La cavité utérine est alors divisée en deux : une portion supérieure qui renferme le placenta en totalité ou en partie et qui est séparée de la portion inférieure par l'anneau de *Bandl* anormalement contracté.

La troisième variété est celle que nous avons vue déjà décrite par *Peu* et *Levret* sous le nom d'enchatonnement ; c'est celle dont je veux seulement m'occuper. Les caractères essentiels de cette rétention sont connus depuis longtemps ; en particulier l'influence du spasme, de la contracture partielle de l'utérus comme condition étiologique, a été signalée trop souvent, pour que j'émette aujourd'hui la prétention de reprendre l'oeuvre de mes devanciers, et de refaire l'histoire de l'enchatonnement du placenta. (à suivre)

De l'intervention dans l'appendicite.

par le Dr A. Marian, Lille.

Il y a peu de problèmes thérapeutiques qui aient donné lieu à des discussions aussi passionnées. L'Académie de médecine et la Société de chirurgie ont consacré une longue série de séances à l'étude du traitement de l'appendicite. A quel point en est aujourd'hui cette difficile question, et quelle ligne de conduite tirerons-nous des opinions si diverses émises sur ce point ?

Le problème est double : 1o Faut-il opérer l'appendicite ? 2o Quand faut-il opérer l'appendicite ?

1o. M. le Professeur *DIEULAFOY* a mené en faveur du traitement chirurgical une vigoureuse campagne, et l'on peut dire que les observations démonstratives qu'il a apportées, le faisceau d'arguments qu'il a développés avec l'éloquence d'une conviction ardente, rendent particulièrement probante sa manière de voir. Pour M. *DIEULAFOY*, il n'y a qu'un traitement, c'est l'opération. "Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite." Entendons par là qu'il serait dangereux de demander aux seuls moyens médicaux la guérison de l'appendicite, et de s'obstiner dans tous les cas à les employer à l'exclusion de tout autre. Mais cela ne veut pas dire que ces mêmes moyens médicaux, glace et opium, ne soient pas des adjuvants utiles, lorsque, par exemple, un diagnostic hésitant fait différer l'intervention. Par eux-mêmes ils ne sont pas nuisibles ; ce qui serait nuisible, c'est l'innaction à laquelle ils pourraient servir d'exécuse.

Nous n'insisterons pas sur cette première partie du problème. Les contradictions d'abord rencontrées par M. *DIEULAFOY* nous semblent avoir été victorieusement combattues et le plus grand nombre de ses adversaires se sont rangés à son opinion, parfois subitement, et à l'occasion d'un fait qui venait leur démontrer le

bien fondé de la doctrine interventionniste. Aujourd'hui et définitivement, on peut le dire, l'appendicite est une maladie chirurgicale.

2° Mais si tout le monde est d'accord sur la nécessité de recourir tôt ou tard au bistouri, les divisions commencent quand il s'agit de déterminer le moment de l'opération. Une appendicite opérée *au moment voulu*, dit M. DIEULAFOY, devrait toujours guérir. Mais quel est ce moment voulu ? Sera-t-il le même dans tous les cas ? Arriverons-nous toujours à temps pour le saisir ? Pour M. DIEULAFOY, c'est avant tout la précocité de l'opération qui fait le succès. "Quand l'appendicite a un début bruyant, douloureux, fébrile, qu'elle acquiert en quelques heures une très vive intensité", il faut opérer *tout de suite*. "C'est en pareil cas que l'opération renvoyée au lendemain peut coûter la vie au malade, car la terrible toxification aura eu le temps de se généraliser." Si l'appendicite a un début "peu bruyant, peu douloureux, peu ou pas fébrile, l'opération pratiquée le *second jour* est encore faite en temps voulu." Ne pas tarder davantage, car ces appendicites, sous des apparences bénignes, n'en aboutissent pas moins à des accidents redoutables et parfois mortels. On sait maintenant que c'est quelquefois au moment où le malade semble ressusciter qu'il est le plus près de la mort. Cette accalmie trompeuse, il suffit, pour ne pas s'y laisser prendre, d'interroger minutieusement le pouls qui donne des indices bien plus précieux que le thermomètre et les sensations du malade. Si le pouls se maintient rapide, à plus forte raison s'il s'accélère graduellement et sans rémission, quoi qu'il arrive d'ailleurs, la mort est proche ; comme dans les contusions de l'abdomen (MOTY), c'est au pouls qu'il faut demander la principale indication à une intervention prompte. "En résumé, pour mettre tous les atouts dans son jeu, 24 heures me paraissent être le délai maximum pour les appendicites d'apparence grave, et 36 heures pour les appendicites d'apparence légère."

Il est incontestable, et les résultats le démontrent, que l'opération précoce est celle qui doit donner les meilleurs résultats. Le cas idéal, le voici : un sujet est pris subitement des symptômes *typiques* de l'appendicite. Appelé dans les premières heures, le médecin se trouve en présence de la triade pathognomonique : *douleur appendiculaire* (point de MAC BURNBY), *défense musculaire*, *hyperesthésie cutanée* ; il n'y a pas de passé intestinal pouvant faire errer le diagnostic (typhlo colite) ; la brusquerie des accidents éloigne la pensée d'une fièvre typhoïde ; la douleur n'a acquis que graduellement, en une ou plusieurs heures toute son intensité, et l'hypothèse de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum, dont la douleur est soudaine, en coup de poignard (DIEULAFOY), est de ce chef écartée. Bref le diagnostic est *d'emblée* certain. On opère tout de suite. Le malade, encore peu ou pas intoxiqué, encore peu ou pas affaibli, est dans les meilleures conditions. On tombe sur un appendice turgescent, enflammé, non encore perforé, fixé par quelques adhérences glutineuses, mais facile à libérer et à réséquer. Il n'y a pas d'abcès à évacuer. L'acte opératoire, facile, rapide, est réduit à son minimum... Si tous les cas étaient pareils, "on ne mourrait plus d'appendicite."

Mais tous les cas ne sont pas pareils. Dans la pratique, mille difficultés surgissent : D'abord il n'arrive pas que le médecin soit toujours appelé dès les premiers moments. C'est quelquefois après plusieurs jours qu'on se décide à le faire venir, surtout dans les cas à allures bénignes, et les malades qui viennent se faire soigner à l'hôpital n'y entrent le plus souvent qu'au troisième, quatrième, cinquième jour... Et quand le médecin est appelé, le diagnostic n'est pas toujours d'emblée facile. Les signes peuvent, au moins au début, être très obscurs, être très trompeurs. D'autres affections peuvent en imposer pour l'appendicite, l'entéro-colite, par exemple. Le diagnostic en est facile, nous dit M. DIEULAFOY : "le sujet pris d'une crise d'entéro-colite a un passé intestinal ; il est sujet depuis

des mois et des années à des dérangements intestinaux. Le sujet atteint d'appendicite n'a pas de passé intestinal ; il est presque toujours, pour ne pas dire toujours, pris dans le cours d'une excellente santé. Or, ce diagnostic n'est pas toujours si simple, car un de nos malades avait un passé intestinal. Théoriquement, il avait plus de droit à une entéro-colite qu'à une appendicite, et faute d'autres signes (lesquels se sont fait attendre), c'est à la première affection que nous devons penser. De fait, notre embarras a duré 48 heures.

(à suivre)

L'hystérie à l'oreille

D'après M. CASTEX, de Paris, les principales manifestations de l'hystérie à l'oreille sont : 1o L'hypoacousie ; 2o l'hyperacousie ; 3o l'otalgie ; 4o l'hémorragie spontanée ; 5o l'hystéro-traumatisme ; 6o la surdi-mutité.

Dans l'hypoacousie il n'y a pas de bourdonnements, le diapason vertex est latéralisé au côté sain ; le rinne est positif. Le cas doit être différencié surtout avec la sclérose labyrinthique par ses considérations que dans l'hystérie il n'y a pas de bourdonnements, pas de vertiges, mais des variations fréquentes dans l'acuité et des possibilités de transfert.

Les hémorragies, comparables à celles des muqueuses gastrique ou vésicale, sont souvent périodiques.

L'hystéro-traumatisme et la surdi-mutité, apparus brusquement, sont de pronostic favorable.

En matière de diagnostic, il faut surtout penser aux combinaisons fréquentes dans lesquelles l'hystérie s'associe, en plus ou moins grande proportion, à une lésion otique définie.

Conclusions : l'hystérie n'est pas moins protéiforme à l'oreille qu'ailleurs ; elle s'ajoute à des otopathies qu'elle aggrave et sous lesquelles il importe de la découvrir. Une bonne part du traitement doit être dirigée contre le nervosisme. (L'Abeille médicale)

Traitement des ulcères infectieux de la cornée.

Une série de 18 cas d'ulcérations graves de la cornée a donné à M. A. BOURGEOIS (de Reims), une guérison rapide, avec leucome simple réduit au minimum, par l'application des actes opératoires suivant : curetage immédiat et complet du sac lacrymal ; irrigation des culs-de-sac conjonctivaux et de la surface de l'ulcère avec une solution de cyanure de mercure à 1 pour 2000 ; stérilisation de l'ulcère par propulsion d'air chaud ; après évacuation de l'hypopyon (faite seulement si elle se trouve indiquée), lavage de la chambre antérieure avec une certaine quantité d'humeur aqueuse artificielle ; enfin, introduction entre les paupières de poudre d'iodeforme, d'aristol, d'airiol, etc., suivie de l'application d'un pansement antiseptique occlusif.

La stérilisation par l'air chaud se pratique au moyen de la poire employée en chirurgie dentaire, dont le tube est maintenu au devant de l'œil malade par une petite planchette échancrée.

L'humeur aqueuse artificielle, qui est employée pour le lavage de la chambre antérieure, est une solution de 1 gr. 15 de chlorure de sodium dans 98 grammes d'eau distillée bouillie ; on porte le liquide à la température de 37° environ.

On se montrera sobre dans l'instillation de collyres et l'on se servira, de préférence, de collyres huileux.

Des trochanterites.

Elles viennent d'être étudiées dans un thèse de Lyon par M. ANDRÉ. Voici le résultat de son travail.

Les trochanterites, dont l'étude est singulièrement éclairée par le développement de l'os et par l'anatomie normale de la région (bourses séreuses, points épiphysaires), sont le plus souvent d'origine tuberculeuse. Elles sont rarement d'origine ostéomyélique. Certains auteurs (Launelougue, Broca) déclarent cependant avoir fréquemment observé des cas d'ostéomyélite aiguë du grand tro-

chanter chez des enfants très jeunes (15 jours — 2 mois — 2 ans). Mais nous avons laissé de côté ce point de vue, n'ayant pu observer des enfants atteints de cette affection et n'ayant pu en trouver des observations. Les onze observations que nous avons réunies se rapportent à des adultes de 20 à 50 ans. Parmi elles il en est qui semblent se rapporter à des cas d'ostéomyélite chronique d'emblée. Le diagnostic avec la tuberculose est même souvent impossible.

Les trochantérites se présentent sous trois formes principales à l'état chronique. Les formes : Périostique ; Cervico-trochantérienne ; Cervicale.

Cette dernière est admise par les auteurs, mais nous n'en avons pas d'observation.

Les trochantérites forment une variété de pseudo-coxalgie. Elles se distinguent de la coxalgie dont elles ont souvent les attitudes vicieuses, par la douleur localisée à l'apophyse sans irradiation dans la tête du fémur et la cavité cotyloïde, la liberté relative de l'articulation, etc. On l'a confondue parfois avec la sciatique, l'hytérie. Le diagnostic précoce est important, car la trochantérite aboutit à la coxalgie.

Le traitement varie avec l'état de la hanche, la forme de la trochantérite (périostique, cervico-trochantérienne, cervicale), Mais dans tous les cas l'intervention doit être hâtive.

(Abeille médicale.)

Resection partielle du sympathique abdominal.

par le professeur Ruggi, Modène.

À la dernière assemblée de la Société médico-chirurgicale de Bologne, le Dr. Nasi lut un travail sur "La résection partielle du sympathique abdominal," telle que pratiquée par le professeur Ruggi, à la clinique chirurgicale de Bologne. Le professeur Albertotti avait déjà fait rapport à la Société de six sympathectomies du cou faites par Ruggi. Celui-ci voyant le soulagement immédiat obtenu dans le glaucome par cette opération, crut qu'une intervention semblable sur le sympathique abdominal réussirait dans les névralgies abdominales rebelles aux moyens ordinaires. Le 23 février, Ruggi fit une résection du sympathique abdominal chez une femme qui depuis longtemps éprouvait des douleurs vives dans le flanc gauche, accompagnées de tremblement dans toute la moitié gauche du corps.

Ces symptômes s'étant aggravés, la patiente fut admise à la Clinica Chirurgica, au mois de décembre 1898 ; on trouva qu'elle avait une ovarite droite et une salpingo-ovarite gauche. Ruggi enleva les annexes à gauche et l'ovaire à droite. La patiente prit du mieux, mais au mois de février elle revint aussi souffrante que la première fois.

La deuxième malade opérée avait subi un curage, une oophorectomie bilatérale et un raccourcissement des ligaments ronds. Mais malgré tout l'intensité et la persistance des douleurs abdominales avec irradiations dans les membres inférieurs et dans le bras droit, l'obligèrent à rentrer à la Clinique, où on lui fit une hystérectomie vaginale, le 4 janvier, pour une métrite chronique très douloureuse. Cette opération ne soulagea pas la malade, et le 6 mars, on lui fit une résection de sympathique abdominal.

Ruggi pratique son opération de la façon suivante : — La patiente est en Trendelenburg ; la paroi abdominale est incisée du pubis à l'ombilic et même au delà s'il y a beaucoup de tissus adipeux. Les intestins sont refoulés et le petit bassin exposé ; le chirurgien note ce qu'il y voit et s'il ne constate rien d'anormal, il procède immédiatement à la résection des branches nerveuses. Le chirurgien étant à gauche de la malade recherche, à gauche, le faisceau nerveux du sympathique qui constitue le plexus spermatique (utéro-ovarien) et qui dérive en partie du plexus rénal et du plexus aortique ; ce plexus accompagne l'artère spermatique (utéro-

ovarienne) et se distribue de chaque côté, chez l'homme, au testicule et à l'épididyme, chez la femme, à l'ovaire et à la partie supérieure de l'utérus. L'opérateur incise le péritoine vis-à-vis l'artère spermatique et le plexus pampiniforme, et ayant isolé le paquet vasculo-nerveux, qui se laisse détacher très facilement des tissus sous-jacents, il passe audessous de lui une bandelette de gaze, deux doigts de large, qui le soulève et le tient tendu. Par ce moyen, l'artère spermatique (utéro-ovarienne) peut être mise à nu soigneusement, Ruggi en fait la ligature en haut et la sectionne ; le reste du paquet neuro-vasculaire, contenant la partie inférieure de l'artère, la veine, les nerfs et les lymphatiques, est ligaturé en bas, et est en partie extirpé.

De cette façon, on assure l'hémostase, on est certain d'avoir divisé tous les filaments nerveux, et on évite une ligature centrale, qui pourrait être cause d'irritation.

Les deux patientes firent des suites très heureuses, la première vingt-deux jours et la seconde onze jours, et furent parfaitement guéries de leurs souffrances.

Dr. Eyre, in *Therapeutic Gazette*.

Voilà, lecteurs, un important pas de fait dans la chirurgie pelvienne chez la femme. L'opération de Ruggi ne peut manquer de donner des succès et évitera, j'en suis convaincu, des mutilations regrettables et inutiles. Peut-être si chez les deux opérées de Ruggi, on eut pu faire la résection nerveuse avant les autres interventions, ces femmes possèderaient-elles intacts aujourd'hui leurs organes génitaux pelviens.

M. T. B.

Maladie du cœur chez l'enfant.

L'histoire clinique des lésions cardiaques chez l'enfant peut se diviser en trois périodes : — l'inflammation aiguë (endocardite), la compensation (hypertrophie), la non-compensation (la dilatation). Ces trois étapes ne sont pas toujours nettement distinctes l'une de l'autre, ni se suivent-elles dans le même ordre. Une compensation complète succède fréquemment à une période de non-compensation.

Il est cependant absolument nécessaire pour mener à bonne fin le traitement que l'on n'oublie pas ces périodes diverses. Tout ce que la thérapeutique peut espérer c'est de rétablir et de maintenir la compensation. Existe-t-elle déjà, comme cela se voit si souvent chez l'enfant, il n'y aura aucun signe extérieur de la maladie cardiaque, et conséquemment rien à traiter. Il serait très mal à propos de droguer un enfant tout simplement parce qu'on aura découvert un souffle à l'auscultation. Mais ceci ne veut pas dire que le médecin ne doive pas s'occuper de son petit patient. Les parents doivent être mis au fait de l'état de l'enfant et prévenir le médecin dès l'apparition d'une anémie ou d'une nutrition déficiente. L'asthénie peut débiter avec une rapidité surprenante et demande à être restreinte dès son arrivée.

La nutrition doit être favorisée au plus haut degré ; les jeux, l'exercice seront soumis à des règles judicieuses et toute maladie intercurrente recevra une attention toute spéciale. L'enfant sera prémuni soigneusement contre ce qui pourrait l'exposer à l'écllosion d'une crise rhumatismale. Le médecin doit mettre les parents spécialement en garde contre ce danger et exiger que l'attaque la plus légère reçoive un traitement immédiat.

De l'âge de treize à quinze ans, l'enfant cardiaque traverse une période de danger tout spécial, de sept ans à quatorze ans le cœur augmente relativement peu de volume ; c'est donc un temps critique. Un patient qui se serait bien porté jusqu'à cet âge développe soudainement des symptômes sérieux et succombe à courte échéance. Chez d'autres, la croissance et le développement sont retardés sans qu'il survienne de contretemps fâcheux. Le plus grand nombre, heureusement, traversent cette époque sans inconvénient sérieux, surpassant en croissance, pour ainsi dire, les lésions valvulaires.

Règle générale, le pronostic des maladies cardiaques est plus favorable chez l'enfant que chez l'adulte, mais elles sont influencées à un fort degré par le milieu social et l'entourage du sujet. S'il n'est pas surveillé, restreint, si on lui permet des jeux et des exercices violents, s'il se trouve dans de mauvaises conditions hygiéniques, le pronostic devient plus inquiétant. Une affirmation favorable positive ne peut jamais être faite, car aucune science ne peut prévoir les circonstances les plus diverses qui peuvent surgir pour rompre la compensation
(*Archives of Pediatrics.*)

La menstruation de la nourrice est-elle préjudiciable à l'allaitement du nourrisson ?

Le Dr. Alvarez dit que l'on peut diviser les nourrices en trois catégories : 1° celles qui ne voient pas leurs règles pendant toute la durée de l'allaitement ; 2° celles qui les voient souvent vers le dixième mois ; 3° celles qui sont réglées dès le début.

Au sujet de l'influence de la menstruation sur l'état général des nourrissons, les avis sont partagés. Les uns prétendent que le lait d'une nourrice réglée est nuisible à l'enfant ; d'autres disent que ce lait ne diffère pas énormément du lait sécrété en dehors de la période menstruelle. Raciborsky, qui a étudié spécialement cette question, est de cet avis. Les qualités physiques, la réaction chimique, l'aspect microscopique du lait des nourrices réglées ne diffère pas sensiblement, selon cet observateur, de celui des nourrices non réglées. Mais d'aucuns l'ont jugé plus sévère et se rapprochant, par sa composition, du colostrum.

D'après Comby, la persistance des règles chez les nourrices est une condition peu favorable mais non absolument fâcheuse pour le nourrisson.

Qu'il en soit ainsi dans la majorité des cas, c'est bien possible, mais non toujours. En effet, il est des troubles qui peuvent surgir, notamment des éruptions érythémateuses ressemblant à celles que l'on observe dans les cas de troubles gastro-intestinaux. Il semblerait donc que l'enfant soit intoxiqué, que son sang renferme un principe toxique propre à donner naissance à ces éruptions.

D'où ce principe toxique peut-il venir, demande M. Alvarez ? Il peut venir du lait de la nourrice, de là passer dans le sang du nourrisson et aller déterminer l'érythème. Dans ce cas il prendrait naissance chez la nourrice.

Dans une autre hypothèse, on pourrait considérer ce principe comme un produit élaboré par l'enfant. En effet, le lait sécrété en période menstruelle ayant subi des transformations et ne présentant pas la composition ordinaire, ne serait pas digéré normalement. En conséquence il donnerait naissance, dans les voies digestives, à des fermentations dont les produits nuisibles passant dans le sang de l'enfant iraient produire les lésions à la peau. Ce serait en somme un cas d'intoxication gastro-intestinale.

Quoiqu'il en soit du mode d'intoxication, il est un fait certain, c'est que l'intoxication existe quelquefois bénigne, d'autres fois graves et au point de provoquer des rougeurs, des papules, des ulcérations que l'on pourrait considérer, à tort, comme des manifestations secondaires de l'infection syphilitique. (*Le médecin.*)

Le traitement de l'ozène par l'acide citrique.

par HAMM, (*Munch. med. Wochens.*)

L'acide citrique enlève complètement l'odeur fétide de l'ozène et possède des vertus cicatrisantes très prononcées. L'auteur aurait obtenu plusieurs guérisons.

Tous les matins le nez est irrigué et débarrassé du pus et des croûtes ; puis avec un insufflateur, trois fois par jour, on projette dans les fosses nasales parties égales d'acide citrique et de sucre de lait. — (*Therapist.*)

Les longues rémissions dans l'Épilepsie et leur importance au point de vue du pronostic

par WHARTON SINKLER.

Il est difficile de savoir si un épileptique qui n'a pas eu d'attaques depuis longtemps n'en aura plus jamais. Si on considère les cas que rapporte Sinkler, où l'intervalle entre les attaques a été souvent de plusieurs années (jusqu'à vingt-neuf ans d'intervalle) et où la maladie s'est reproduite après cette longue interruption, on voit qu'il est impossible de considérer un épileptique comme guéri, quel que soit son état de santé.

Fischer, Patrick, Collins expriment la même opinion dans la discussion qui suit. Graeme M. Hammond n'admet pas que, lorsqu'il y a un intervalle aussi long sans attaques, on puisse dire qu'il y a une rémission de dix ou douze ans. Pour lui, l'épilepsie qui n'a plus de crise pendant aussi longtemps est guérie, et, si des attaques d'épilepsie se reproduisent alors, c'est que le malade est redevenu épileptique, que la maladie s'est de nouveau développée chez lui.

(*The Journ. of Ner. et Ment. diseases. Tollemere Rev. Neurol.*)

Syphilis et Tabes

par TOUCHE.

Touche a examiné, au point de vue de l'origine syphilitique du tabès, 23 malades de l'hospice de Brévannes. N'admettant comme syphilitiques que ceux qui ont des accidents évidents, il trouve la syphilis 12 fois sur ces 23 hommes, proportion qui est, dit Touche, au-dessous de la vérité, n'ayant été classés comme syphilitiques que ceux chez qui l'infection ne pouvait être mise en doute.

Le tabès, dans ces douze cas, est apparu de 1 à 23 ans après la syphilis, soit après une période de temps fort variable ; cependant, tous les malades moins 1 sont devenus tabétiques moins de 10 ans ou plus de 20 ans après le chancre ; les syphilis bien soignées, ou mal soignées, peuvent, les unes comme les autres, être suivies de (tabès).
(*Presse méd. — Fundel in Rev. Neurol.*)

FORMULAIRE

Sirop de dentition

Acide citrique.....	50 centig.	(7½ grs.)
Eau distillée.....	50 —	"
Muriate de cocaïne.....	10 —	(1½ gr.)
Sirop simple.....	10 grms.	(2½ dms.)
Sirop de safran.....	10 —	"
Teinture de vanille.....	12 gouttes.	
En frictions sur les gencives.		(<i>Gaz. des hôpitaux.</i>)

COQUELUCHE (Marfan)

Bromoforme.....	48 gouttes	(48 gouttes.)
Huile d'amandes douces	20 gms.	(5 drachmes)
Gomme adragante.....	2 —	(½ drachme)
Gomme arabique.....	4 —	(1 ")
Eau de laurier-cerise	4 —	(1 ")
Eau distillée, q. s. pour.....	120 —	(4 onces)

Chaque cuillerée à café contient 2 gouttes.

Au-dessous de 5 ans, autant de fois 4 gouttes que l'enfant a d'années ; au dessus, débiter par 20 gouttes et augmenter de 2 à 4 gouttes par jour.
(*Gaz. des hôp.*)

GARGARISME ASTRINGENT (Blake)

Acide tartrique.....	1 drachme.
Glycérine.....	1 —
Eau de roses.....	1 once.
Eau de chloroforme.....	8 onces.

(*J. Amer. Med. Asso.*)

Travaux Originaux

Les irrigations vaginales et les hautes injections rectales
en gynécologie.

par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur adjoint à l'université Laval,

Gynécologiste de l'hôpital Notre-Dame.

(Suite)

Contreindications. — Les douches chaudes sont la plupart du temps contreindiquées : 1o dans la généralité des lésions pelviennes *sur-aiguës* ; 2o dans certaines ovarites et annexites, lorsqu'elles produisent des douleurs vives ; 3o le plus souvent pendant le molimen menstruel, à moins d'écoulements fétides ; celles qui conviennent le mieux alors sont les irrigations tièdes antiseptiques de peu de durée ; 4o pendant la grossesse ; cependant vous nous voyez souvent prescrire des injections tièdes boriquées courtes ; 5o lorsque le col est bien béant ; 6o dans les néoplasmes à tendance hémorragique par fragilité vasculaire ; doivent alors être données avec prudence, et très chaudes afin d'éviter l'hémorragie ; 7o chez les enfants ; elles produisent souvent des coliques violentes, du péritonisme. D'ailleurs chez les enfants et filles non déflorées, il faut des raisons toutes spéciales pour les conseiller ; 8o souvent chez les jeunes filles névropathes à répercussion génitale ; 9o chez les personnes bien portantes ; alors elles ne seront que tièdes et ces personnes devront éviter ordinairement la routine des douches.

Ennuis et dangers. — Les effets éloignés sont généralement d'ordre nerveux. Quelques personnes ont, pendant ou à la suite d'une injection chaude, de la fatigue, de la faiblesse, des transpirations, de la froideur des extrémités, des palpitations, des vomissements, des syncopes, du collapse. Localement, quand il y a une plaie ou un néoplasme malin, il peut se produire des hémorragies ; parfois une lésion latente est brusquement réveillée par une douche ; celle-ci peut être suivie de coliques utérines, de ténésme rectal ou vésical, de péritonisme. On a cité la péritonite et même la mort.

Appareils injecteurs. — Il est essentiel que le jet soit continu et régulier, que l'on puisse en régler la rapidité et la pression et que la quantité de liquide soit suffisante. L'appareil le plus simple est la seringue-fontaine, le réservoir étant en caoutchouc ou en métal (un bock.), de la capacité d'au moins deux litres (2 pintes). Ce réservoir, pourvu d'un couvert, est muni d'un tube d'écoulement, de 5 ou 6 pds. de longueur, d'un calibre assez gros, que comprime une pince facile à manier, et à l'extrémité duquel s'ajuste une canule. Comme réservoir, on peut utiliser un pot ou une cuvette ordinaire ; alors on se sert d'un tube faisant syphon ; une des extrémités est maintenue au fond du vase et on plonge le tube dans le liquide de façon à ce qu'il s'emplisse bien, alors on pince l'extrémité libre et on la ramène au dehors et au-dessous du bassin ; aussitôt que le courant est établie, on adapte la canule. Ces dispositifs sont les meilleurs : les appareils sont propres, d'un entretien facile et la

pression est régulière et se règle à volonté. Pour contrôler la pression et la rapidité du débit, on n'a qu'à placer le réservoir à une hauteur voulue, de 4 à 6 pieds (1½-2 mètres), au-dessus du niveau de la patiente ; naturellement plus le réservoir est élevé plus la pression est forte et plus l'écoulement est rapide ; en suspendant le bock à une *poulie* ou à des crochets placés à différentes hauteurs, on règle aisément la pression. Cet appareil évite le choc produit par les seringues à jet intermittent et il est d'un maniement beaucoup plus facile pour celle qui s'en sert. Il vaut mieux ne pas se servir de seringues à poire, de clysopompes, tous à jet non continu. Les seringues à poire, à valves, les clysopompes, les appareils à obturation vulvaire, à double courant, sont d'un entretien difficile, se désinfectent mal, sont souvent détraqués et fatiguent la personne qui s'en sert. Le sac, le bock, le tube évacuateur et la pince doivent être lavés et désinfectés régulièrement ; il faut dans l'entretien de tout l'appareil injecteur une propreté soignée et ça va de soi que la personne qui pratique l'injection — je le répète — doit avoir les mains nettes.

La canule. — La canule ne doit pas être en métal pour les injections chaudes ; elle irrite ou brûle la peau et la muqueuse alors ; il vaut mieux qu'elle soit en verre résistant, recuit, ou en caoutchouc. Elle doit être d'un calibre suffisant, avoir un renflement olivaire à son extrémité qui doit être percée de trous sur les côtés, assez grands pour assurer l'écoulement facile et, au besoin, rapide de l'eau. Les trous circulaires sont avantageusement remplacés par des fentes longitudinales, qui donnent un écoulement en nappe. On ne fait plus usage de canule avec des ouvertures tout à fait à son extrémité, craignant, avec plus ou moins de raison, l'introduction du liquide dans la cavité utérine ; d'où métrite, péritonite et mort possible. Chroback, de Vienne, rapporte à ce sujet une observation curieuse : Une de ses patientes avait une canule perforée à l'extrémité et il lui conseilla d'obturer ce petit trou ; elle le fit avec un morceau d'allumette. Quelques semaines plus tard elle développa une métrite et de la paramétrite dont elle ne guérit qu'au bout de quelques mois. Quelques jours après le début de la maladie, le médecin découvrit un corps étranger dans l'utérus ; c'était le bout d'allumette, qui y avait été projeté et avait déterminé l'inflammation dont souffrait la malade.

Une canule rectiligne semble préférable à une courbe ou à une angulaire ; ces dernières ont plus de difficultés à pénétrer, ayant plus de tendance à suivre la paroi antérieure du vagin.

La canule exige des soins de propreté tout spéciaux ; elle doit être bouillie plusieurs minutes dans une solution antiseptique avant et après chaque injection. Après l'injection et l'ébullition, elle sera mise dans un flacon à large goulot, pourvu d'un bouchon et contenant une solution antiseptique ; elle devra séjourner dans ce liquide jusqu'à ce que l'on en ait besoin pour une nouvelle injection. Autre précaution des plus importantes : *La patiente ne devra jamais prêter son appareil injecteur à personne, à aucune parente, amie ou voisine.* On ne connaît jamais sa voisine, qui souvent ne se connaît pas elle-même. Il y a dans ces échanges d'appareils plus souvent que vous ne le croyez un élément très grave de contagion.

La quantité de liquide à injecter varie suivant les cas. Pour un simple lavage 1 à 2 pintes (1 à 2 litres) ; pour un effet thérapeutique

ordinaire au moins un gallon, généralement de 1 à 4 gallons (4 à 16 litres) ; pour une irrigation continue de 4 à 8 gallons (15 à 30 litres).

Les affections chroniques infectieuses, exsudatives demandent une irrigation abondante, plus lente, de plus longue durée, même parfois continue pendant plusieurs heures.

La température du liquide sera en moyenne de 110° à 118° F. Il est rarement nécessaire de dépasser 118° ; à 120° la peau est souvent irritée, à 140 elle devient érythémateuse. Dans beaucoup de cas il faut encore se fier à la susceptibilité et à la sensibilité de la femme pour régler la température et non au thermomètre ; son thermomètre c'est surtout la peau du périnée, la muqueuse vaginale, les organes du bassin. Telle douche qui à 115° ne fatiguera pas une personne ne sera plus supportable à 110° par une autre malade atteinte de lésions semblables. Malgré tout ce que l'on dise du contraire, il faut très souvent se fier à la femme, qui peu à peu vient à connaître parfaitement la température qui lui convient, qui l'augmente ou la diminue suivant le bien-être ou le malaise qu'elle éprouve. Elle prendra son injection aussi chaude qu'elle pourra l'endurer ; la vieille formule, malgré tout, tiendra encore bon.

La durée d'une douche utile doit être de 10 à 30 minutes. Les irrigations continues durent plusieurs heures.

La fréquence. — Pour les cas ordinaires, une seule douche par jour — le soir — suffit assez souvent ; cependant si la personne les supporte bien, vous pourrez les ordonner plus fréquentes, 2, 3, 4 fois par jour. Plus les écoulements seront abondants ou fétides, plus il y aura d'exsudats, plus il y aura tendance à la formation de pus ou de propagation éloignée de la maladie, plus elles devront être fréquentes et prolongées — toutes les 2 ou 3 heures jour et nuit.

Pour obtenir un effet permanent, les injections sont généralement continuées pendant un temps illimité — des mois, des années parfois.

La technique de la douche. — L'injection est administrée par le médecin, par une infirmière ou par la malade elle-même. Pour que la douche soit bonne, il faut que le bout de la canule arrive bien dans le cul-de-sac postérieur, et pour y arriver elle doit parcourir lentement, sans être forcée, la paroi postérieure du vagin.

Le médecin ou l'infirmière glisse la canule huilée, sur son doigt gauche, la pulpe en haut, déjà introduit, jusque dans le cul-de-sac. La canule, une fois bien en place, et le jet en marche, le doigt est retiré. Lorsque c'est la patiente elle-même qui se donne son injection, elle écarte de sa main gauche, les lèvres et introduit la canule dans le bas de la vulve, dirigeant son extrémité interne vers le sacrum en suivant toujours délicatement la paroi vaginale postérieure. Si elle éprouve quelque difficulté c'est parce qu'elle est mal couchée, pas assez au bord du lit ou parce qu'elle dirige l'embout trop en avant ou trop en arrière et l'accolle ainsi à la paroi ne suivant pas l'axe du vagin. Il ne faut jamais user de force alors, mais bien prendre une position meilleure et changer la direction de la canule.

Avant d'introduire la canule, il faut desserrer la pince et laisser le tube se vider un peu afin de chasser l'air et avoir le liquide à la température voulue. En déprimant la fourchette pendant le cours de l'injection on assure le flux de retour.

Plus la maladie est contagieuse, infectieuse (blennorrhagie, fièvre puerpérale) plus il faut de délicatesse, de soins de propreté et de la patiente et de la part de ceux qui lui donnent les douches. Les mains doivent être soigneusement désinfectées après.

Les médicaments. — Dans les douches simples, on recherche l'effet thermal, mécanique et détersif ; souvent on y joint l'action d'un médicament. On peut ajouter à l'eau stérilisée des antiseptiques, des astringents, des calmants, des émollients, des résolutifs.

La douche détersive ordinaire peut se faire simplement avec une solution saturée d'acide borique, ou avec de l'eau contenant un savon médicamenté.

Les médicaments employés et suggérés sont innombrables ; nous ne dirons un mot que des plus utiles. Lorsque le médicament est dangereux, le médecin doit toujours donner à la patiente des renseignements très précis sur son emploi et sur le dosage.

(à suivre)

Société medico-psychologique de Québec.

Séance du 22 juin 1899. — Présidence de M. Vallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. Correspondance et présentation d'ouvrage.

Des lettres de remerciements de MM. Hurd, Ritti et Villers, remerciant la société de les avoir nommés membres honoraires.

M. Villers offre à la Société les travaux suivants :

Un cas d'atrophie musculaire progressive du type de Duchenne-Aran.

Le délire de persécution.

Pathogénie et pronostic du délirium tremens.

Contribution à l'emploi du Trional.

Quelques considérations sur le choix de l'emplacement d'un sanatorium.

Rapport de candidature.

M. le docteur Guérin, de Montréal, membre du conseil Exécutif de la Province de Québec, est nommé membre honoraire.

Election du bureau de 1899-1900 :

M. Burgess est élu président.

M. Villeneuve est élu vice-président.

M. Chagnon est réélu secrétaire générale.

Rapport de MM. Villeneuve et Anglin sur la forme des certificats nécessaires à l'internement des aliénés.

Le comité recommande de remplacer les certificats actuellement en usage par d'autres plus corrects.

La société adopte ce rapport et décide d'en transmettre une copie à l'Administration, avec prière de bien vouloir y donner effet.

Observation d'un morphinomane accusé de vol.

M. Villeneuve — J'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation d'un morphinomane A. B., inculpé de vol devant une cour de justice, et dont j'ai fait l'examen il y a déjà quelque temps.

L'expertise de l'état mental de A. B. avait été ordonnée à la demande de personnes de sa connaissance, qui avaient représenté au tribunal que A. B. était adonné à l'usage abusif de la morphine, et qu'il était ainsi devenu morphinomane.

De ce chef, on alléguait qu'il pourrait bien être irresponsable ou seulement que partiellement responsable.

Je dois ajouter que A. B. était mal noté devant le tribunal et dans les cercles de la police.

Ainsi on m'informa qu'il avait déjà été impliqué dans une affaire

de tentative d'escroquerie très compliquée. On me dit aussi qu'il ne menait pas une existence très laborieuse, que ces moyens d'existence n'étaient pas évidents, etc. etc. En somme on paraissait le considérer, non sans apparence de raison, comme un vulgaire criminel.

Cependant on n'avait jamais avant cette dernière affaire, la seule qui ait amené une arrestation, mis en doute ni la santé d'esprit, ni la responsabilité du prévenu. Aussi le tribunal se montra-t-il très septique à l'égard de l'allégation de ses amis.

J'en fus moi-même fort étonné, car je connais A. B. depuis plusieurs années, je l'ai eu souvent sous les yeux, je l'ai rencontré plusieurs fois et j'ai même quelquefois causé assez longuement avec lui. Je n'ai jamais rien remarqué d'anormal chez lui, ni même rien de particulier, dans son langage ou sa tenue, qui put me faire douter de l'intégrité de ses facultés.

A. B. était accusé d'avoir dérobé des effets de commerce, chez un marchand. Antérieurement à son arrestation, il avait visité cet établissement, plusieurs fois et sous divers prétextes. Comme chacune de ses visites avait coïncidé avec la disparition de quelque objet, il était fortement soupçonné et on avait organisé à son égard une surveillance toute spéciale. L'arrestation avait été opérée dans le magasin. Il avait été surpris au moment où il cachait sous son pardessus un objet qu'il venait de s'approprier, et avait été arrêté sur le fait. La matérialité du délit n'était donc pas douteuse, le tribunal en était convaincu ; il ne restait plus qu'à l'éclaircir sur la responsabilité du prévenu.

Dans cette affaire, c'est l'influence de la morphine surtout qui était en cause et c'est à ce point de vue que j'ai trouvé intéressant de rapporter l'observation.

En effet les psychoses, c'est-à-dire les perversions propres de l'intelligence qui constituent la folie, prêtent peu à la discussion. Elles sont ou elles ne sont pas, que la maladie soit aiguë ou chronique, qu'elle se montre par paroxysme ou qu'elle soit permanente, elle se manifeste par des symptômes particuliers, se constate par eux, et entraîne l'irresponsabilité. Il en est autrement des intoxications où les troubles intellectuels sont relatifs et n'apparaissent pas nécessairement, où les accès sont intermittents, séparés par des intervalles de lucidité complète, sous la dépendance de l'action de ou de la privation de l'agent, et où la responsabilité est sujette à des appréciations diverses et subordonnée à d'autres questions que l'on peut appeler préjudicielles. C'est-à-dire, que, dans le cas actuel, l'on pouvait se demander non seulement si l'inculpé était aliéné mais si ses facultés avaient subi un obscurcissement complet au temps de l'action de par le morphinisme et si c'est bien le morphinisme seul qui était en cause, c'est-à-dire s'il était ou n'était pas libre de ne pas se morphiniser ? S'il s'est morphinisé en vertu d'une prédisposition spéciale, d'une impulsion irrésistible, d'un entraînement ? S'il était en possession de son libre arbitre, lorsqu'il a succombé à son penchant ?

Très souvent, lorsque l'expert est appelé, les troubles sont disparus complètement ou atténués dans une large mesure. L'expert qui n'est plus un témoin ne dispose que de renseignements douteux, et son enquête rétrospective n'a pas la certitude que comporte une constatation directe.

En tenant compte de toutes ces difficultés, voici en substance le rapport que j'ai présenté au tribunal.

Chez A. B. l'abus de la morphine remonte à quelques années mais n'est pas habituel. Il a déjà fait deux accès pendant lesquels il a été traité par un médecin et dont il a guéri grâce à ses soins. Il a alors présenté des symptômes de morphinisme grave, compliqué probablement par l'usage de la cocaïne : délire, hallucinations, et même tendance au collapsus, tellement qu'une fois le prêtre a été appelé à son chevet. L'accès actuel remonte à quelques mois ; il a débuté par l'usage médical de la morphine au cours d'une affection

chirurgicale, mais il n'a pas tardé à dégénérer en abus et s'est prolongé au delà de la guérison de l'affection chirurgicale. Les deux accès antérieurs ont débuté dans des circonstances à peu près analogues.

Cet accès, d'après la déclaration de A. B., ne paraît pas avoir été aussi grave que les autres ; dans les derniers temps, l'inculpé prenait 6 grains par jours, en deux doses. Il avait au cours de cet accès, mais antérieurement au délit, pris de plus fortes doses et avait éprouvé des symptômes d'intoxication : ivresse, hallucinations désagréables de la vue, etc.

Depuis le moment de son arrestation A. B. est privé de morphine, il présentait au moment où je l'ai examiné les phénomènes non douteux de la suppression brusque et de l'abstinence forcée de la morphine. Il était déprimé, faible, émotif, il éprouvait un sentiment de malaise et d'inquiétude, une sensation de vide dans la tête, des crampes et des douleurs dans les membres, il souffrait de diarrhée abondante, de sueurs profuses et d'insomnie. Tel est l'état dans lequel j'ai trouvé A. B. lors des visites que je lui ai faites à la prison où il est détenu.

En dehors de ces phénomènes il ne présentait aucun trouble mental proprement dit, pouvant indiquer chez lui l'existence d'une forme quelconque d'aliénation mentale, et il n'apparaît pas par l'examen que je lui ai fait subir, ni d'après ses antécédents, qu'il en ait jamais présenté à aucun moment de sa vie.

A. B. n'est donc pas aliéné actuellement et tout porte à croire qu'il ne l'a jamais été.

Tout se résume donc à l'appréciation de l'action que le morphinisme a pu exercer sur son intelligence et sa responsabilité, d'une manière générale et particulièrement surtout au moment où le délit a été commis.

Or voici, d'après un auteur, qui a écrit spécialement sur le sujet, les idées généralement reçues sur la morphinomanie.

« Le morphinomane arrive rapidement à commettre des actes indéliques ou délictueux sans comprendre la portée de ce qu'il fait ; il existe certainement chez lui, soit à une période avancée de l'habitude, soit au moment de l'abstinence, une diminution réelle du libre arbitre. La volonté paralysée cesse de se révolter contre certaines tendances vicieuses ou criminelles. Au point de vue de la responsabilité légale, il faut savoir pertinemment si le délinquant était à jeun de son stimulant, au moment du crime, ou non, et le degré de son habitude. Dans le cas d'intoxication morphinique prolongée, alors que l'imprégnation morphinique a altéré le fonctionnement cérébral, lorsqu'il est constaté qu'elle a créé un affaiblissement intellectuel et une diminution du sens moral, l'atténuation de la responsabilité sera admise comme une règle presque absolue.

Quand l'acte délictueux ou criminel sera le fait d'un morphinomane poussé par le besoin, etc., on le considérera comme une impulsion pathologique, et on accordera l'irresponsabilité entière. Dans l'état de délirium tremens morphinique, le morphinomane devra être considéré comme un véritable aliéné. »

Il est facile, d'après ces données, d'apprécier la responsabilité de A. B. Il est incontestable que le morphinisme n'a pas altéré l'intelligence de A. B. d'une manière permanente, sa conversation est cohérente et rationnelle, les détails qu'il m'a donnés sur son existence sont précis et il m'a paru être aussi intelligent que la majorité des gens de sa classe, de son éducation et de sa profession.

A. B. est donc suffisamment intelligent pour apprécier d'une manière générale la valeur morale de ses actes et en connaître la responsabilité pénale. En dehors des phénomènes directement sous la dépendance de la morphine, il n'a jamais présenté aucun trouble intellectuel. A. B. n'est pas un aliéné.

Reste à apprécier l'effet de la morphine en rapport avec le délit incriminé.

Lors du délit incriminé, A. B. n'était ni déformé ni excité ; rien

d'anormal dans sa tenue, son maintien, ses discours, n'a attiré l'attention. Il n'était donc pas en état de delirium tremens morphinique. D'ailleurs, d'après ses propres déclarations, il n'en avait pas eu d'atteintes depuis un certain temps avant son arrestation.

Il n'apparaît pas non plus qu'il fut inconscient. En effet A. B. est accusé d'avoir dérobé certains articles de commerce, chez un marchand, à l'étalage intérieur. Des témoins oculaires attestent la matérialité du fait. A. B. donne une version identique de tous les incidents qui ont précédé, accompagné et suivi l'arrestation, contemporains du délit, avec cette différence qu'il nie sa culpabilité. Il affirme que les objets que l'on a cru voir tomber de dessous son pardessus, lorsqu'on lui a commandé de l'ouvrir, sont tombés en réalité de la table à échantillons. Il y a là une divergence qui peut mettre en cause la véracité des parties, mais non pas la conscience du prévenu. En effet, il s'est parfaitement rendu compte de toutes les circonstances du fait, mais il les dénature pour tâcher d'établir son innocence. La conscience est la faculté qui permet à l'homme de prendre connaissance d'un fait au moment où il se passe. La mémoire est la faculté de se rappeler d'un fait en le rapportant à l'époque à laquelle il a eu lieu. Mais la mémoire ne peut s'exercer qu'en autant qu'il y a eu connaissance, c'est-à-dire conscience du fait. Le prévenu se rappelle, donc il y a eu connaissance. Comme la connaissance implique la conscience, on peut affirmer que A. B. n'était pas inconscient lors du délit incriminé. Le délit incriminé n'est pas l'acte non plus d'un morphinomane poussé par le besoin, il avait pris sa dose quotidienne de morphine, il était en état d'émphorie, c'est-à-dire de satisfaction. Il avait sur lui une certaine somme d'argent, il ne pouvait donc pas craindre de manquer immédiatement de morphine ; de plus il était sur la fin de l'accès, le besoin était moins aigu, puisqu'il avait diminué considérablement de lui-même la dose qu'il prenait au début.

A. B. ne paraît pas avoir cédé, en se morphinisant, à un penchant irrésistible, puisque les accès ont débuté dans des circonstances produites à la suite de l'usage médical. La morphine n'a pas agi d'une manière spéciale, puisque les phénomènes toxiques ne sont apparus qu'à l'occasion de fortes doses et d'un usage prolongé. Appréciant ainsi l'état mental du prévenu au point de vue spécial du morphinisme, il m'est impossible de conclure de ce chef à l'irresponsabilité absolue.

Les amis du prévenu le représentent comme un déséquilibré, mais ils n'ont apporté à l'appui aucun fait probant. Il est bon de dire que les déséquilibrés versent facilement dans tous les excès et qu'ils sont les plus nombreux parmi les victimes des intoxications diverses.

Il me semble que les conclusions suivantes se dégagent de l'étude que je viens de faire :—

1o Rien ne prouve que le prévenu soit devenu fatalement morphinomane.

2o Il n'est pas démontré qu'il fut aliéné au moment du délit incriminé ni qu'il l'ait jamais été.

3o Il n'est pas prouvé non plus qu'il fut intoxiqué par la morphine au point d'avoir perdu conscience de ses actes.

L'acte qu'il a commis ne présente pas les caractères d'un acte pathologique. Kraft-Ebing, dans son traité clinique de psychiatrie, dit : Que le morphinique est un homme sans force de caractère, sans énergie, faible de volonté, un homme auquel il faudrait, *in foro criminali*, toujours accorder le bénéfice des circonstances atténuantes. C'est une opinion que l'honorable juge pourrait appliquer au prévenu dans l'application de la peine, sous le contrôle des renseignements judiciaires qu'il possède sur ses antécédents.

Il est certain que l'usage de la morphine abaisse plus souvent le ton moral de l'individu qu'il n'affecte son intelligence.

Je dois dire, en terminant, à l'honorable juge, qu'il a actuellement devant lui un malade et il est du devoir du médecin de réclamer pour lui la plus large part d'indulgence.

Comme conséquence du rapport, le tribunal a accordé au prévenu le bénéfice des circonstances atténuantes et ne lui a appliqué qu'une peine légère.

MAL PERFORANT BUCCAL.

M. Chagnon :—J'ai l'honneur de vous présenter un cas d'affection décrite par M. Raoul Beudet sous le nom de "Mal perforant buccal." (Thèse de Paris, 1898). Cette maladie, d'une évolution plus ou moins rapide, se caractérise essentiellement par l'ébranlement et la chute des dents, la résorption alvéolaire, l'ulcération gingivale, la perforation et parfois la nécrose du maxillaire, M. Beudet rapporte sept cas de perforation, dont trois lui sont personnels.

Depuis, M. Letulle a publié dans *La Presse Médicale* (2 avril 1898) une nouvelle observation de cette singulière affection.

Je me permettrai de vous résumer l'histoire du malade que j'ai eu l'avantage d'observer.

O... G... est actuellement âgé de 44 ans. Il y a près de 10 ans, il aurait pris une syphilis, qu'il aurait traitée plus ou moins régulièrement. Deux ans plus tard il se mariait, et avait des enfants indemnes. Il ne faisait pas d'excès de liqueurs alcooliques. En juin 1895, il était admis à St-Jean-de-Dieu, présentant une excitation maniaque intense que nous avons traitée par l'alitement. Après 2 mois, l'excitation disparaissait, et les symptômes physiques et psychiques de la paralysie générale, jusque-là masqués par l'état maniaque, commencèrent à se manifester ouvertement : embarras de la parole, tremblement fibrillaire de la langue, idées de grandeurs et de richesses, et couronnant le tout, un état démentiel.

La maladie poursuit son évolution sans incidents remarquables jusque vers septembre 1897. A cette époque, l'on attira mon attention sur l'état de son système dentaire. L'examen me fait voir que les 2 incisives, la canine, les 2 praé-molaires et la première molaire du maxillaire supérieur gauche sont très ébranlées, et je n'ai qu'à les cueillir. Toutes ces dents étaient absolument saines. L'ulcération, consécutive à la chute des dents, et qui intéresse en surface le bord alvéolaire, ne guérit pas. Vers la mi-septembre, se détache le sequestre que je soumetts à votre examen. Comme vous pouvez le voir, le travail de résorption alvéolaire n'est pas encore très avancé. La voute palatine, constituant le bord antérieur du sinus maxillaire, fait aussi partie du sequestre, et il existait ainsi un large orifice de communication entre le sinus et la cavité buccale. Deux mois plus tard l'ulcération était cicatrisée.

Etat actuel :— A la mâchoire inférieure, toutes les dents sont saines, et il n'en manque aucune. Les deux praé-molaires et la canine droite de la mâchoire supérieure sont cariées : les 2^{ème} et 3^{ème} molaires gauches, ainsi que la 1^{ère} molaire droite sont ébranlées, mais sont parfaitement saines. Il n'existe pas de pyorrhée alvéolaire. Il n'existe plus de traces de l'ulcération, moins cependant un petit point qui n'admet pas le stylet. Il est impossible de rechercher la sensibilité, vu l'état démentiel profond du malade, qui le rend incapable de comprendre les questions posées. L'état physique est encore bon. Il y a seulement faiblesse des jambes.

J'attirerai l'attention sur l'évolution rapide de l'affection : moins de deux mois après la chute des dents, se détachait le sequestre, ce qui expliquerait le degré peu avancé de résorption alvéolaire. Mais, d'un autre côté, la maladie continue sans aucun doute à évoluer, si l'on prend en considération que les 2^{ème} et 3^{ème} molaires gauches, et la 1^{ère} molaire droite, sont actuellement ébranlées. Il sera, je crois, intéressant de suivre les étapes successives de cette affection.

E. P. CHAGNON, secrétaire.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de l'hydarthrose du genou.

par M. le Pr DUPLAY

(Suite)

Comme dans toutes les affections articulaires, aiguës ou chroniques, l'indication capitale à remplir dans le traitement de l'hydarthrose est l'immobilisation absolue de la jointure. Le repos n'est-il pas, d'ailleurs, une règle générale de thérapeutique applicable à tout organe malade ? En ce qui concerne les maladies des articulations cette immobilisation a une importance telle qu'elle suffit, à elle seule, à amener la guérison dans les cas légers. Mais il faut bien s'entendre sur ce qui doit être, en ce cas, l'immobilisation : elle doit être absolue, complète, et appliquée de manière à ce que le plus petit mouvement de la jointure soit rendu impossible. Par conséquent, le simple repos au lit, le membre placé dans une gouttière en fil de fer, comme on le prescrit si souvent dans la pratique courante, est absolument insuffisant, et loin d'amener la guérison de l'hydarthrose, cette manière de faire contribue à éterniser la maladie. J'ai vu bien souvent des malades traités de la sorte depuis des semaines et des mois guérir rapidement aussitôt que l'immobilisation rigoureuse était réalisée. Je vous préviens que vous aurez fréquemment à lutter contre certains préjugés, contre certaines craintes relativement à l'ankylose, exprimées par le malade ou son entourage, et, il faut bien le dire aussi, parfois par le médecin, mais vous devrez tenir bon et imposer votre volonté. Comment peut-on réaliser l'immobilisation absolue et complète ? La gouttière en fil de fer pourrait suffire à la rigueur, mais à la condition d'être appliquée avec des soins tout particuliers. Il est infiniment préférable et en même temps plus facile de faire usage de la gouttière plâtrée — comme pour les fractures — qui immobilise à la fois l'articulation tibio-tarsienne et le genou, si on a le soin de prendre le pied et de terminer l'appareil à la partie moyenne de la cuisse. La gouttière plâtrée sera confectionnée de façon à entourer les trois quarts de la circonférence du membre, en laissant la partie antérieure du genou entièrement à découvert. Indépendamment de son efficacité au point de vue de l'immobilisation absolue, la gouttière a l'avantage de pouvoir être appliquée partout. L'immobilisation seule suffit, je le répète, à amener au bout de quelques jours la résorption partielle du liquide, et même la guérison dans les cas récents, tout au moins au début peu éloigné.

En même temps que l'immobilisation, on a l'habitude d'employer des révulsifs, tels que : vésicatoires, badigeonnages iodés, cautérisations ignées, etc. En ce qui me concerne, je reste dans le doute sur l'efficacité de ces moyens. En tous cas, je considère qu'il est inutile d'y recourir dans les hydarthroses légères, et je conseille de réserver la révulsion pour les épanchements très abondants ou déjà anciens.

Un autre moyen de traitement me paraît beaucoup plus efficace, qu'il soit employé seul ou alternativement avec la révulsion ; je veux parler de la compression. Grâce à la gouttière plâtrée, qui laisse à découvert toute la partie antérieure de l'articulation, on peut exercer sur celle-ci une compression énergique et méthodique sans déranger l'appareil, et sans lui faire subir aucune modification. Pour appliquer la compression, on se servira de carrés d'ouate méthodiquement placés sur la région antérieure du genou, de manière à presser plus spécialement sur les culs-de-sac synoviaux et sur la rotule, puis on exercera la constriction à l'aide d'une bande de toile ordinaire. Certains chirurgiens, Marc Sée en particulier, préconisent la compression élastique, avec la bande de caoutchouc, mais elle est, en général, mal supportée ; elle peut même devenir dan-

gereuse, par suite de la difficulté de graduer la compression. Avec la bande de toile et la ouate, au contraire, il est facile de resserrer le bandage dès qu'il se relâche ; on peut aisément aussi, à mesure que la résorption du liquide s'effectue, augmenter la compression, en appliquant une nouvelle bande sur la première.

D'ordinaire, par l'emploi seul de ces deux moyens — gouttière et compression — on voit le liquide se résorber rapidement et dans les cas récents, la guérison, en apparence complète, s'obtient dans l'espace de quinze à vingt jours. C'est seulement dans les cas anciens et dans les cas où la résorption du liquide tarde à s'effectuer, qu'il peut devenir nécessaire de pratiquer simultanément la révulsion, soit avec des vésicatoires, soit avec les pointes de feu.

Mais la résorption du liquide une fois obtenue — rapidement ou lentement — vous ne devrez nullement considérer l'hydarthrose comme guérie, car si le malade se remet à se servir de son membre, la récurrence ne tarde pas à survenir. Il est donc nécessaire de prolonger plus ou moins longtemps l'immobilisation et la compression, en réduisant, toutefois, cette dernière à peu de chose. On appliquera à cet effet, un appareil silicaté légèrement ouaté, et l'on permettra au malade de quitter son lit et de se livrer à un exercice modéré, en s'aidant de béquilles ou d'une canne. Si, après un mois de port de cet appareil, on ne constate plus dans le genou aucune trace de liquide, on pourra considérer le malade comme guéri, et il ne reste plus qu'à compléter cette guérison par un traitement complémentaire destiné à rendre au membre son fonctionnement normal. Mais je tiens à vous signaler de suite un phénomène qui survient presque constamment lors des premiers essais de mouvement et de marche sans appareil. On voit, en effet, d'ordinaire une petite quantité de liquide se reproduire, et si l'on était prévenu, on pourrait être tenté de croire à une récurrence, et de prescrire à nouveau la compression et l'immobilisation. Mais la reproduction d'un petit épanchement liquide dans ces conditions n'a pas d'importance ; il disparaît, en général, peu à peu sans aucun traitement, ou sous l'influence du traitement complémentaire qu'il me reste à vous exposer.

Ce traitement vise principalement la raideur articulaire et l'atrophie musculaire. La raideur articulaire, plus ou moins accusée suivant l'ancienneté de la maladie et la durée de l'immobilisation, ne constitue jamais une complication sérieuse ; elle disparaît facilement et rapidement, grâce à l'absence presque complète de lésions articulaires.

Il n'en est pas de même de l'atrophie musculaire, et plus spécialement de l'atrophie du triceps fémoral sur laquelle j'insiste tout particulièrement à cause de son importance. Bien des malades, guéris d'une hydarthrose, n'en restent pas moins longtemps infirmes, du fait d'une gêne persistante, d'une faiblesse inexplicable du membre inférieur, qui les obligent à boiter, les rendent incapables de monter ou de descendre facilement un escalier, etc. Ces troubles fonctionnels sont la conséquence d'une atrophie musculaire persistante, méconnue par les malades et souvent aussi par nombre de médecins.

Contre la raideur articulaire il faut se garder d'entreprendre une cure vigoureuse ; c'est-à-dire les manœuvres violentes du redressement articulaire. D'ordinaire, les simples mouvements imprimés par le malade à son articulation permettent de gagner de jour en jour sur l'étendue de l'excursion articulaire et de rétablir définitivement la mobilité de la jointure. Au besoin, on pourrait ajouter des mouvements provoqués, passifs, exécutés avec douceur et progressivement. Il faut en outre prescrire le massage de l'articulation et des muscles. Enfin, les douches chaudes ou écossaises, les douches sulfureuses compléteront la thérapeutique de la raideur articulaire.

Le traitement qui précède réussit en même temps contre l'atrophie musculaire, mais il faut y joindre l'électricité ; son emploi est ici particulièrement indiqué. Pour les cas moyens, cette thérapeu-

tiyue est suffisante ; mais pour les cas graves, très anciens, ayant nécessité un traitement de plusieurs mois d'immobilisation, de compression, il sera souvent nécessaire de prescrire au malade une saison à une station thermale, telle que " Bourbonne-les-Bains, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Luchon, Barèges, etc. J'indique comme plus spécialement efficace la cure à Aix, en Savoie.

En résumé, il faut bien vous persuader que si, dans l'hydarthrose récente avec épanchement léger, la guérison peut à la rigueur être obtenue par le repos relatif, un bandage compressif et un peu de révulsion, vous risquerez bien souvent, par ce traitement *médical*, de laisser la maladie se prolonger outre mesure, et finalement d'aboutir à un échec.

Quant aux cas d'hydarthrose ancienne ou avec épanchement abondant, la nécessité absolue de recourir au traitement que je viens de vous indiquer s'impose, à mon avis. Il faudra donc immobiliser le membre dans la gouttière plâtrée, appliquer des révulsifs si on le juge nécessaire, mais surtout exercer une compression énergique sur le genou malade. Après la résorption du liquide, on appliquera pendant environ un mois, l'appareil silicaté qui, tout en immobilisant l'article, permettra au malade un exercice modéré de marche. Enfin, on prescrira le traitement complémentaire : massages, douches, électrisation de tous les muscles et surtout du triceps, exercice modéré de la jointure, saisons hydrominérales. Il sera bon de conseiller en outre — comme moyen préventif — le port d'une genouillère élastique, ou l'application d'une bande de flanelle autour du genou.

En ce qui concerne la médication interne, son efficacité me paraît plus que douteuse, sauf toutefois pour certains états diathésiques nettement caractérisés, tels que le rhumatisme, la blennorrhagie ou la syphilis.

Cette thérapeutique de l'hydarthrose idiopathique réussit dans la grande majorité des cas. Vous rencontrerez néanmoins des hydarthroses qui résistent au traitement le mieux appliqué ; et en particulier, celles qui ont été suivies de récurrences fréquentes sont les plus rebelles. Dans ces cas, la guérison ne peut être obtenue que par une intervention chirurgicale.

Le traitement opératoire comprend : 1° la ponction simple ; 2° la ponction suivie d'injections modificatrices ; 3° l'arthrotomie.

1° *Ponction simple*. — Il y a une vingtaine d'années l'invention des appareils aspirateurs provoqua un engouement excessif en faveur de la ponction. A cette époque l'asepsie était inconnue ; aussi la ponction d'une articulation, même avec les appareils aspirateurs, pouvait devenir une opération dangereuse. Elle a déterminé, en effet, des arthrites purulentes, ayant parfois conduit à l'amputation du membre, et même déterminé la mort. Si, grâce à la méthode antiseptique, la ponction est actuellement inoffensive, les résultats qu'elle fournit ne sont pas toujours satisfaisants, car la reproduction du liquide est très fréquente, presque de règle, et il devient nécessaire de soumettre le malade au traitement ordinaire pendant le temps nécessaire pour que la synoviale cesse de sécréter. Il n'y a donc, en réalité, aucun avantage sérieux à employer cette ponction simple, dans un but curatif.

2° *Ponction suivie d'injections modificatrices*. — On a employé une foule de liquides tels que : la teinture d'iode, l'acide phénique, le sublimé, etc. Cette méthode a fourni, entre les mains de quelques chirurgiens, d'assez bons résultats, mais, à mon avis, elle est inférieure à l'arthrotomie. Le principal reproche que je lui adresse est d'être incapable d'évacuer complètement le contenu de l'articulation lorsque celle-ci renferme au milieu de l'épanchement, ou bien adhérents au niveau des culs-de-sac, des parties grumelleuses, des caillots fibrineux, bref des corps solides qui ne peuvent traverser la canule du trocart.

3° *Arthrotomie*. — L'arthrotomie serait donc, à mon avis, la méthode de choix. En effet, elle permet d'abord l'évacuation complète du liquide, qu'elle que soit sa composition, ainsi que des parties grumelleuses qui peuvent se trouver dans l'article ; de plus dans les cas où le diagnostic reste douteux, comme ceux dont j'ai parlé plus haut, on peut inspecter l'articulation et se rendre compte de l'existence de lésions tuberculeuses commençantes. Grâce à cette facilité offerte par l'arthrotomie, on peut, séance tenante, modifier le plan opératoire et pratiquer, s'il y a lieu, une synovectomie ou même une résection.

Le manuel opératoire de l'arthrotomie est fort simple : l'incision doit être pratiquée sur le bord externe de la rotule, en regard du cul-de-sac latéral de l'articulation. Après hémostase soignée, on ouvre la synoviale, puis le liquide ayant été évacué complètement, on pratique des lavages de la jointure avec une solution de sublimé ou d'acide phénique forte. Parfois même, on peut être amené à faire le grattage de certaines parties de la synoviale indurées ou végétantes, principalement au niveau des culs-de-sac. La plaie est ensuite suturée entièrement, sauf en un point où l'on introduit un drain qui pénètre dans le cul-de-sac sous-tricipital, à deux ou trois centimètres de profondeur. Ce drain doit être retiré de bonne heure dès le deuxième ou le troisième jour.

Plus que partout ailleurs, une propreté rigoureuse doit être observée dans l'opération de l'arthrotomie. Le moindre manquement aux règles de l'asepsie exposerait à l'arthrite purulente, avec toutes ses graves conséquences.

Après l'opération, le genou sera enveloppé d'un large pansement antiseptique, et le membre rigoureusement immobilisé dans une gouttière plâtrée. Le pansement sera levé vers le deuxième ou troisième jour pour le retrait du drain, puis remis et laissé en place jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie opératoire.

Après l'intervention opératoire, le traitement complémentaire a une importance encore plus grande que dans les cas traités par les moyens ordinaires. Il ne faut laisser la liberté à la jointure qu'après un bon mois d'immobilisation ; et, ce temps écoulé, on prescrira le traitement complémentaire tel que je l'ai formulé précédemment ; mais comme la raideur articulaire est toujours beaucoup plus accusée après l'arthrotomie qu'après tout autre mode de traitement, il sera presque toujours nécessaire d'imprimer à la jointure des mouvements passifs et d'instituer une gymnastique graduée.

De l'intervention dans l'appendicite.

par le Dr A. Marian, Lille.

(Suite)

Dira-t-on que dans le doute il ne faut pas s'abstenir, et faut-il que le bistouri précède le diagnostic ? Nous ne le pensons pas, là pas plus et encore moins qu'ailleurs. Une trop grande facilité à intervenir fait commettre des fautes qu'une investigation minutieuse n'eût pas manqué de faire éviter. M. TUFFIER rapportait récemment l'observation d'une femme qui présentait de la fièvre et de douleur de la fosse iliaque droite. Le chirurgien ouvrit le ventre et tomba sur un appendice sain. Peu après, le séro-diagnostic démontra que la malade était atteinte de fièvre typhoïde. Et en effet, fièvre et douleur de la fosse iliaque droite, cela veut dire aussi bien typhoïde qu'appendicite. Il arrivera donc en pratique, par la force des choses, que le délai de trente-six heures proposé par M. DIEU-LAFOY se trouvera dépassé. Que faire alors ?

Beaucoup de chirurgiens pensent qu'il faut toujours opérer dès que le diagnostic est posé, et ne regretter qu'une chose, c'est de n'avoir pas pu le faire plus tôt. Toutefois, par le fait de la tempori-

sation involontaire (médecin appelé tard, diagnostic hésitant) qui l'aura laissé évoluer, l'appendicite a pris une physionomie clinique qui permet d'adopter une ligne de conduite différente suivant les cas. Il existe deux grandes modalités, entre lesquelles se placent tous les intermédiaires : l'appendicite est aiguë ou subaiguë.

1° L'appendicite est aiguë : l'état général est grave, le faciès péritonéal ; il existe des vomissements ; il y a de la fièvre ; le pouls est petit et rapide, il monte sans rémission à 100, à 110, à 120, et plus ; le ventre est ballonné et partout douloureux, la localisation appendiculaire est nette, grâce à la triade douloureuse, mais l'empatement est vague, imprécis, mal limité. Bref, c'est le tableau de la péritonite qui domine la scène. Dans de tels cas, il faut opérer *toute affaire cessante*. On n'arrive jamais assez tôt, et plus on sera près du début des accidents plus on réduira les chances de mort. L'intervention immédiate, telle est la règle absolue.

2° L'appendicite est subaiguë : l'état général est bon, le malade ne vomit pas, il y a peu ou pas de fièvre. Le pouls est plein et large, et quoique plus rapide qu'à l'état normal, il ne subit pas d'accélération croissante. La localisation appendiculaire est des plus nettes, on constate un *gâteau* d'induration, une tuméfaction aplatie bien circonscrite. Dans de tels cas, les plus radicaux consentent à la temporisation, mais *sous le contrôle d'une surveillance attentive* ; car, de nombreuses observations en font foi, des appendicites en apparence bénignes prennent quelquefois une allure de gravité foudroyante.

Telle est l'opinion de MM. TILLAUX, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, BERGER, SEGOND, autant dire de presque tous les chirurgiens, car voici ce que disent quelques-uns des plus radicaux. HARTMANN : "Je n'ai recouru au traitement médical que lorsque l'appendicite évolue spontanément vers la guérison, ou s'il existe un *gâteau* inflammatoire qui tend de jour en jour à disparaître." QUÉNU : "Dans le cas d'appendicite subaiguë, il arrive souvent que je temporise." TUFFIER : "Appelé dans les douze premières heures, j'interviens toujours. Un peu plus tard, si je constate l'existence d'un *gâteau*, et si je suppose que l'affection est en voie de guérison, je laisse de côté le bistouri." SCHWARTZ : "Je n'ai pas recours à l'opération si le pouls reste régulier, la respiration large, et s'il n'y a ni ballonnement du ventre, ni constipation opiniâtre, le traitement médical réussit dans la majorité de ces cas pour lesquels l'opération à froid pourra être faite plus tard," etc.

Il semble donc que si les accidents généraux ne sont pas menaçants, on peut surseoir momentanément à l'opération. Quels sont les avantages de cette temporisation ? La plupart des auteurs estiment que l'opération est moins dangereuse à froid qu'à chaud, et qu'elle sera à tous égards plus facile quand l'orage inflammatoire sera calmé. Cette considération a son importance, mais il reste entendu qu'elle ne vient qu'en seconde ligne, qu'on n'escompte les avantages de l'opération retardée, que si des indications impérieuses n'obligent pas à passer outre aux difficultés présentes.

Une autre considération, croyons-nous, justifie l'expectation (l'expectation armée, toujours), c'est la suivante. Dans l'immense majorité des cas, le foyer est rétro-cœcal. S'il évolue vers le pli de l'aîne, s'il se comporte comme un plegmon de la fosse iliaque interne, plus on attendra, plus on aura de chances de pouvoir l'ouvrir en s'insinuant sous le péritoine pariétal, en refoulant sans le léser, ce péritoine si facilement décollable à cet endroit. Cette considération n'est pas négligeable. Il n'est pas indifférent d'ouvrir ou non le péritoine, quand on va crever dans son voisinage, un abcès d'une abominable virulence, et l'abcès se trouvera d'autant plus isolé du péritoine que des adhérences plus fortes auront eu le temps de s'établir. C'est à des cas de ce genre que nous réserverions plus volontiers la temporisation prudente.

Le résumé de tout ceci, c'est que la conduite du chirurgien

sera toujours délicate : faire un diagnostic précoce, apprécier à son exacte valeur la gravité du cas qui se présente, voilà les éléments capitaux du problème. Si l'on arrive tôt, si le diagnostic s'impose d'emblée, le mieux est d'opérer tout de suite. Plus tard, on s'inspirera des circonstances, on pèsera avec soin les avantages de la temporisation, si l'état du malade permet qu'elle entre en ligne de compte. Mais on ne temporisera que le bistouri à la main et au prix d'une surveillance de tous les instants.

A chaud ou à froid, mieux vaut, croyons-nous, opérer toutes les appendicites. Les guérisons sont le plus souvent trompeuses, le malade prétendu guéri est menacé de récidives qui peuvent le surprendre à un moment où l'opération ne sera pas possible. En définitive, la difficulté ne porte que sur l'appréciation du "moment voulu" de l'opération. Mais tôt ou tard, suivant les cas, le dernier mot appartient au chirurgien.

(Bull. soc. centr. de médecine.)

Les dermatoses chlorotiques.

par FUNOK (de Varsovie).

L'auteur laisse de côté les névroses cutanées ordinaires telles qu'urticaire, œdèmes, gelures etc., qui accompagnent la chlorose et ne s'occupe que d'un groupe de dermatoses spéciales qui accompagnent souvent la chlorose et en sont pour ainsi dire les marques extérieures. Ces dermatoses sont parmi les symptômes initiaux de la chlorose et aident souvent à établir le diagnostic dès la première heure.

Des troubles de la nutrition se produisent dans l'enchyderme et se manifestent sous la forme clinique d'eczéma, d'acné, de séborrhée, et sont un des premiers symptômes de la chlorose.

Tous ces processus ont pour la plupart leur siège à la figure et au cuir chevelu et constituent un syndrome, car souvent ils se manifestent simultanément.

Nous rencontrons souvent l'acné chez les filles chlorotiques. Dans les cas légers on voit des comédons épars sur le front ou sur toute la figure. Plus fréquemment on trouve l'acné pustuleux disséminé. A côté de l'acné on rencontre très souvent la séborrhée de la figure et du cuir chevelu. Parfois il y a aussi un eczéma humide derrière les oreilles.

Parmi les phénomènes qui accompagnent le plus souvent la chlorose il faut citer en première ligne la séborrhée en plaques, qui est symétriquement répartie sur les joues ; plus rarement sur le front.

La chute des cheveux est sans doute un des premiers symptômes de la chlorose. Il paraît que ce sont les cheveux les plus riches qui tombent. Le cuir chevelu est légèrement rouge, couvert de sebum. Les eczémas sont plus rares dans la chlorose.

Chez les jeunes femmes qui allaitent, un eczéma du sein se développe facilement sous l'influence de la chlorose.

L'auteur a eu l'occasion de constater dans une famille, et même dans un groupe de familles apparentées, une série de cas de chlorose avec des dermatoses qui toutes ont présenté une analogie frappante. Il en conclut que c'est la prédisposition héréditaire qui domine dans ce tableau morbide.

Quant à la thérapeutique, le traitement par le fer et l'arsenic produit les meilleurs résultats surtout si la malade fait un séjour à la campagne.

Dans certains cas graves d'acné induré, l'auteur a employé l'arsenic seul. Il recommande une nourriture où il entre beaucoup de légumes et de fruits et la modération dans la consommation des liquides.

(Indépendance médicale)

La responsabilité des alcoolisés.

par M. DE BÆCK.

M. De B. prend pour thème de son allocution présidentielle à la Société de Médecine Mentale de Belgique la question de la responsabilité des alcoolisés.

Il s'occupe en premier lieu des alcooliques chroniques, qu'il divise en dégénérés alcooliques, en diments alcooliques, et en délirants alcooliques. "La responsabilité des dégénérés alcooliques est en rapport direct avec le degré de dégénérescence; la responsabilité de l'alcoolique chronique à prime cutanée par la dégénérescence est entière; la responsabilité de l'alcoolique chronique, aux confins de la démence, est nulle. Quant aux délirants alcooliques, tous les auteurs sont d'accord, en Belgique, en France, en Allemagne, pour conclure à leur irresponsabilité." En Angleterre, la thèse de l'irresponsabilité des alcooliques chroniques, et même des délirants alcooliques ne serait admise que depuis quelque temps.

Il passe ensuite à l'examen de la responsabilité des alcooliques temporaires, accidentels; question qui a donné lieu à des divergences d'opinions. Ainsi, Aristote, à l'encontre des Romains, n'admettait pas que l'ivresse fut une cause atténuante de la responsabilité. Pour saint Thomas d'Aquin, l'ivresse accidentelle poussée jusqu'à la perte de conscience, entraîne l'irresponsabilité; l'ivresse volontaire, à laquelle il assimile l'ivresse par négligence, entraîne la responsabilité pour l'infraction commise, et une punition mitigée pour l'ivresse. "Aujourd'hui, les doctrines les plus approuvées sont en présence: pour les uns, l'ivresse ne serait pas une cause d'atténuation de la responsabilité; pour d'autres, du moment où il y a ivresse, il y a intoxication, et dès lors, la responsabilité est nulle." Les Allemands admettent une atténuation de la responsabilité si le prévenu présente des troubles de la conscience, et une abolition lorsque la perte de conscience est complète, s'il était possible de faire une distinction scientifique entre l'état de santé et l'état de maladie, l'équation suivante pourrait être établie: état de santé — responsabilité; état de maladie — irresponsabilité. Mais pour ces cas où il est impossible de se prononcer nettement, il faut admettre la responsabilité atténuée.

L'alcoolisé est un intoxiqué: c'est un malade. Mais l'alcoolisme étant chose si fréquente, qu'il est devenu "normal" il faut examiner de quelle manière l'alcoolisé réagit à l'alcool, si sa réaction est normale ou non.

L'inconscience et l'amnésie seraient deux symptômes importants de l'ivresse normale, mais l'on n'est pas d'accord sur l'intensité d'inconscience et d'amnésie nécessaire pour entraîner l'irresponsabilité. De B. ne croit pas qu'il soit nécessaire que l'inconscience et l'amnésie soient complètes, et il cite plusieurs rapports médicaux légaux à l'appui de sa thèse. Il ne serait pas non plus nécessaire, pour qu'il y ait ivresse pathologique, que le terrain soit préparé par une tare dégénérative héréditaire. L'individu qui n'a que de faibles tares héréditaires, voir même l'individu qui n'en accuse pas, pouvant être pris d'ivresse pathologique, lorsque par des abus de boissons prolongés, ils dégradent un fond anciennement bon (cas à l'appui). Il ne faut pas non plus considérer comme une condition nécessaire de l'ivresse pathologique le fait de n'avoir absorbé qu'une petite quantité d'alcool et refuser le bénéfice de l'irresponsabilité à ceux qui en ont pris de grandes quantités.

L'auteur termine en déclarant que la création d'asiles spéciaux de traitements s'impose au point de vue pratique, et au point de vue moral et humanitaire.

(Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique) E. P. C.

FORMULAIRE

Ménorrhagies.

M. Robin conseille aux fausses-utérines dont les règles s'avancent et se prolongent au-delà du terme ordinaire, de prendre aux deux principaux repas, huit jours avant l'époque présumée des règles, de une à trois cuillerées à café de la préparation:

Elixir de garus.....	100 grammes.
Ext. fl. d'hydrastis.....	} de chaque 6 gr.
Ext. fl. de viburnum.....	

On cessera la médication ci-dessus dès le jour réglementaire de l'époque et si l'écoulement menstruel traîne en longueur, on reprendra l'usage de la mixture dès le quatrième jour.

Pour les femmes qui tolèrerait mal ce remède on pourrait y substituer:

Ergotino Bonjean.....	10 centigr.
Poudre de sang-dragon.....	10 —

Faire 40 pilules semblables. En prendre 4 à 6 dans les vingt-quatre heures.

(Le Médecin).

La théobromine

Théobromine.....	15 grains.
Phosphate de chaux.....	1 drachme.
Blanc d'œuf.....	No 1.
Eau distillée.....q. s. p.....	2½ onces.

(Gazette médicale belge).

Névralgie intercostale.

P.	Chloral.....	1 partie.
	Camphre.....	1 —
	Méthol.....	1 —

M. En étaler une couche avec un pinceau.

(Richmond Journal of Practice).

NOUVELLE.

L'ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA. — L'Association médicale du Canada se réunira à Toronto, les 30 et 31 d'août, et le premier septembre, pour y tenir ses séances annuelles, sous la présidence du docteur J. M. Beausoleil, de Montréal. Le programme sera des plus intéressants, et la question de l'enregistrement inter-provincial des diplômes y sera discutée d'une façon sérieuse et pratique. Plusieurs médecins éminents de notre ville y liront des travaux d'une grande actualité.

A NOS LECTEURS

Afin de se rendre au désir d'un grand nombre de nos lecteurs qui s'adressent à *La Presse Médicale* pour une foule de renseignements, nous consacrerons dorénavant une partie de notre journal aux questions et réponses sur sujets scientifiques. Nous demandons à nos confrères de bien vouloir porter une grande attention à ce département nouveau; tous y trouveront du profit.

Nous espérons que nos lecteurs comprendront l'importance de ces questions et réponses en nous adressant des demandes.

Nos confrères seront libres de répondre eux-mêmes aux questions posées dans le journal; nous serons heureux de leur donner la plus large hospitalité dans nos colonnes.

(La rédaction).

Travaux Originaux

Les irrigations vaginales et les hautes injections rectales en gynécologie.

par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur adjoint à l'université Laval,
Gynécologue de l'hôpital Notre-Dame.

(Suite)

Comme principe général, lorsque l'on veut obtenir un effet local, antiseptique surtout, la douche médicamenteuse doit être précédée d'une irrigation simple afin de mettre la muqueuse à nu ; le médicament est-il toxique, il faut aussi suivre la douche, d'une injection détersive. Il en est de même lorsque le médicament coagule énergiquement l'albumine des sécrétions. Il faut prendre ces précautions surtout pour le sublimé, l'acide carbolique, le permanganate de potasse et les astringents puissants.

Injections antiseptiques. — Dans toute la longue série des drogues antiseptiques, vous pourrez vous contenter d'utiliser un petit nombre. Le sublimé, l'acide borique, l'acide carbolique, le permanganate de potasse, la formaline, l'acide salicylique, le lysol, la créoline, l'eucalyptus sont d'un usage courant. Comme déodorisants les plus simples sont l'acide phénique, le formol, le chlorate de potasse, le lysol, la listérine, l'eucalyptus, etc.

Le bichlorure de mercure doit être employé en solution acide (1), et il faut bien surveiller son action locale et générale. S'il y a des solutions de continuité, il faut employer des solutions faibles. Le titre de la solution varie de 1/1,000 à 1/10,000.

Vous pouvez prescrire des comprimés antiseptiques ou la liqueur de Van Swieten. N'oubliez pas que le sublimé est incompatible avec les savons, les eaux dures et les métaux. Toute injection au sublimé devrait être suivie d'une irrigation simple à l'acide borique ou au sérum artificiel.

Le permanganate de potasse. — Trouve surtout son emploi dans la blennorrhagie, dans les écoulements purulents et fétides, dans la destruction des substances organiques et comme déodorisant. Il est malpropre, tachant tout ; l'acide oxalique, le bisulfite de soude et le peroxyde d'hydrogène font disparaître les taches sur la peau. On utilise des solutions de 1/100 à 1/5000. Il vaut mieux employer des solutions plus faibles et prolonger la durée de l'injection. Se prescrit sous forme de comprimés, de cristaux ou de fluide de Condy. Il est incompatible avec la glycérine et les infusions végétales, c'est-à-dire avec toutes les substances organiques ; il vaut donc mieux l'employer seul.

L'acide borique. — Antiseptique faible d'usage journalier ; c'est le plus simple. On le prescrit en solution saturée, 4 0/0,

Causerie du jeudi recueillie par N. A. Derome, interne du service.

(1) Comme fait historique je dois dire que nonobstant le mérite du professeur Laplace, de Philadelphie, qui a expliqué l'action de la solution acide et l'a vulgarisée parmi les médecins, les propriétés de cette formule étaient connues depuis bientôt 75 ans. Un médecin du sud de l'Angleterre, nommé Wyndham, si j'ai bonne mémoire, et un soi-disant vétérinaire, du nom d'Arnoldson, la prescrivaient en lotions pour les plaies et en gargarisme contre les plaques muqueuses.

1½ once par pinte (40 gr. par litre) ou en solution moins concentrée, 1½ once par gallon (10 par litre). Les meilleurs effets sont obtenus avec la solution saturée et surtout la solution sursaturée, c'est-à-dire celle à laquelle on a ajouté de la magnésie calcinée qui augmente du double la solubilité de l'acide borique. La présence de la magnésie a une action dissolvante sur le mucus. On peut employer la solution de Thiersch : acide salicylique 1 partie, acide borique 6 parties, eau 500 parties.

Le borax, (biborate de soude) est un antiseptique et un émollient faibles bien utile. Il dissout la fibrine et l'albumine. On formule 2 à 8 drachmes par pinte. La solution est alcaline.

L'acide carbolique. — Faut surveiller son action. Solution de ¼ à 3 0/0. Afin d'assurer sa dissolution complète et le dosage exact il vaut mieux le prescrire dissout dans de la glycérine.

Le formol est un bon agent en solution de 1/1000 à 1/10,000 ; aussi le lysol.

Il vous reste à choisir, messieurs, si ceux que je viens de vous mentionner ne vous suffisent pas, parmi une foule d'autres : le chlorure de zinc, le chlorate de potasse, le chloral, le goudron, le thymol, etc.

Je dois vous signaler l'acide lactique, qui m'a donné d'excellents résultats ; 1 à 5 pour 1000.

Substances astringentes. — Sont nombreuses ; vous n'aurez qu'à choisir. L'alun s'emploie en solution de 5 à 50 pour 1000 ; L'alumol, de 1 à 3 par 100 ; l'acétate de plomb, 10 pour 1000 — (ou 5 parties d'acétate de plomb et 150 parties de décoction d'écorce de chêne) ; le sulfate de zinc, à 20 pour 1000 ; le sulfate de cuivre, 5 par 1000.

Décoction d'écorce de chêne, de noyer, de tan, 50 à 60 pour 1000 ; le tanin, 10 à 30 pour 1000, etc.

Les agents calmants sont peu employés, le séjour dans le vagin étant trop passager ; cependant on trouve utile parfois une infusion de tabac 10 à 20 pour 1000 ; de laudanum, 3 à 5 par 100.

Les substances émollientes sont parfois employées seules mais habituellement associées à d'autres médicaments ; vous pourrez employer la graine de lin, l'orge, le son, l'amidon, la gomme arabique, le lait, etc. Mais c'est plutôt l'eau tiède qui est le meilleur calmant et émollient.

Comme résolutifs on utilise quelquefois le sel, 15 à 20 par litre ; l'iode, l'iode de potassium, les eaux sulfureuses, etc.

Les dérivés de l'aniline, la fuchsine, le violet de méthyle, le bleu de méthylène, etc., n'ont guère de valeur.

Je ne puis m'empêcher de vous dire, messieurs, en terminant, que c'est avec intention que j'ai longuement appuyé sur toutes ces minuties au sujet des injections vaginales qui devraient être de pratique courante. Eh bien ! c'est parce que ou elles ne sont pas bien connues—et cependant tout le monde devraient les connaître—ou bien tout en étant un peu au fait, on n'en saisit pas l'importance. Je dois insister et vous répéter que les injections sont très importantes et, il faut le reconnaître, elles rendent d'immenses services ; mais à la condition d'avoir une base thérapeutique appuyée sur une indication pathologique et de ne pas être faites à la diable. Il faut

faut faire comprendre à la femme leur valeur lorsqu'elles sont bien données et leur inutilité dans le cas contraire ; la femme prend des précautions minutieuses et absorbe un temps précieux à se friser et à se rendre belle extérieurement — admirons-la, ne lui en voulons pas — mais qu'elle en prenne encore autant, ou même plus, pour se rendre saine intérieurement. A votre devoir, donc, messieurs.

J'ai maintenant à vous dire quelques mots des injections rectales.

LES INJECTIONS RECTALES D'EAU CHAUDE.

Comme vous le savez, messieurs, les injections vaginales rendent de réels services, mais elle ne donnent un bain local qu'au col, et leur action ne se propage pas directement aussi loin qu'on le voudrait dans le bassin ; on a donc cherché à porter sur une plus grande étendue l'action de la chaleur : on s'est adressé tout naturellement à la porte voisine — au rectum — et la visite a été féconde en bons résultats.

L'eau chaude introduite en assez grande quantité et maintenue dans l'intestin pendant longtemps arrive à agir sur presque tout le contenu du bassin ; l'utérus, les annexes, les gros vaisseaux, la circulation capillaire, les réseaux lymphatiques, les plexus nerveux, tout presque est soumis à l'action directe décongestionnante et calmante de l'eau chaude. L'intestin lui-même est influencé heureusement. Reclus a beaucoup fait pour systématiser l'emploi de ces injections. Depuis plusieurs années nous les employons dans le service et nous n'avons qu'à nous en féliciter. La plupart des malades, surtout celles souffrant de lésions hautes, annexielles, de névralgies, de métrorragies, de pélvimérite, de pelvicellulite, de dysménorrhée, etc., sont soumises à ce traitement avant d'être opérées ; c'est la " pierre de touche " ; n'y a-t-il pas d'amélioration après un délai raisonnable, alors nous intervenons. Plusieurs gynécologues et médecins ont eu des résultats presque surprenants dans certains cas, et je dois vous dire qu'il est de votre devoir très souvent de soumettre ces malades au traitement rectal suivi avant d'en venir à une opération.

Ce traitement convient aux cas aigus, mais alors il demande beaucoup de prudence dans son emploi ; je le préfère pour les cas sous-aigus et chroniques. Il faut qu'il soit fait sous le contrôle du médecin, qui doit suivre régulièrement et attentivement par le toucher le résultat obtenu. Vous ne devez pas l'abandonner entre les mains de vos patientes, elles s'exposent à en abuser et à voir survenir certains désordres intestinaux.

La malade souffre-t-elle de constipation, comme cela arrive souvent, il faut lui instituer un traitement raisonné de cet ennui ; je vous en parlerai dans une autre causerie.

Le traitement par les injections rectales doit marcher simultanément avec les autres moyens thérapeutiques : injections vaginales, tampons, contreirritations, etc.

Pour l'injection, il faut préparer 1 litre ou 1½ litre d'eau stérilisée, simple ou boriquée, à la température de 105° à 125° F. (40 à 53 C.). Encore ici, messieurs, on ne peut agir mathématiquement ; il faut suivre la susceptibilité de la malade et commencer par des températures relativement basses et augmenter rapidement afin d'atteindre le plus haut point possible, 130°, 132° (54°, 55° C.) ; mais tout cela progressivement, et se fiant aux sensations de la patiente. L'injection, suivant les besoins, se donne une fois ou plu-

sieurs fois par jour. Le matin avant le lever est un bon temps, car il vaut mieux que la personne soit reposée.

La patiente doit être couchée sur le côté gauche, le siège un peu soulevé, les parois abdominales relâchées, la vessie et l'intestin vides. L'injection doit être donnée *très lentement* avec une seringue fontaine ou même mieux avec une seringue à jet intermittent ; la patiente doit prendre 15, 20 minutes pour faire pénétrer 1 ou 1½ litre ; éprouve-t-elle la moindre résistance, la moindre douleur, le moindre ténésme, elle doit attendre que la sensation soit calmée, disparue, pour reprendre l'injection ; plus le lavement touche à sa fin, plus il faut aller lentement et sous une très faible pression. Il faut souvent faire l'éducation du rectum pour arriver peu à peu à introduire la quantité voulue. L'injection terminée, la patiente doit rester couchée ½ heure ou 1 heure, de préférence sur le côté gauche ou sur le dos ; s'agissait-il de débarrasser le colon de matière fécale, le décubitus latéral droit serait préférable. Après ½ heure ou 1 heure de repos, la patiente rend le lavement et se recouche encore pendant quelque temps afin de favoriser l'effet de la décongestion obtenue. On peut alors lui administrer une douche vaginale ou renvoyer celle-ci à un autre temps de la journée. Ce traitement se renouvelle ainsi tous les jours, par intervalles, pendant plusieurs mois, si besoin, excepté au temps de la menstruation, quand il faut le suspendre.

Ne négligez pas, messieurs, de tirer parti de cet excellent moyen ; mon expérience dans son emploi depuis plusieurs années n'ayant donné les résultats les plus encourageants, je vous le recommande instamment, car il est à la portée de vous tous.

Un cas de fièvre typhoïde traité par la méthode antiseptique de Woodbridge.

Par M. A. SABOURIN, M. D. (St-Jean, P. Q.)

Le 21 octobre 1897 je fus demandé auprès de A. B. qui était tombé malade le 18. Lors de ma visite sa température était de 103°.50 et son pouls à 88.

Il avait eu de l'épistaxis ; la tympanite était prononcée et il y avait de la sensibilité dans la fosse iliaque droite avec borborygmes. La langue était chargée, les intestins réguliers, la rate hypertrophiée et les pupilles dilatées. Il avait une toux sèche légère ; aucunes taches. Le 23 les taches rosées caractéristiques apparurent et la température atteignit 104.5° avec délire et symptômes ataxiques. Le malade était dans une triste condition et je craignais qu'il ne vécut pas une journée.

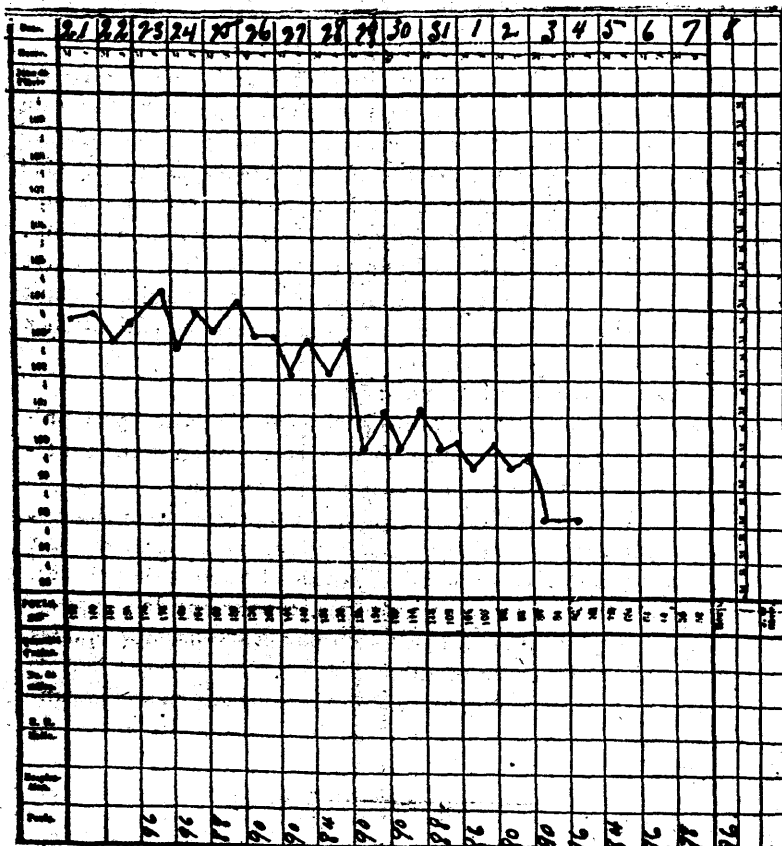
Le 29, la température tomba à 100° ; le délire disparut, les yeux devinrent plus clairs ; enfin tous les symptômes s'amendèrent et cette amélioration se continua sans interruption.

Traitement :—Du 21 au 24 octobre je donnai un des comprimés No 1 de Woodbridge toutes les demi-heures. Du 25 au 29, Nos 1 et 2 alternativement toutes les demi-heures, avec l'usage du drap mouillé. Du 29 octobre au 6 novembre, le malade prit toutes les 2 heures, puis plus tard toutes les 3 heures, des capsules No 3.

Pendant toute la durée du traitement, le patient eut de quatre à six selles par jour. Je considère ce cas comme ayant été très sérieux et je crois sincèrement que la durée de la maladie a été diminuée et que la vie du malade a été sauvée par le traitement.

J'ai eu beaucoup d'expérience avec la méthode de Woodbridge et je ne me sers d'aucun autre dans le traitement de mes dothiénentériques.

Le tableau de température qui suit parle d'une façon plus éloquente que des paroles ne pourraient le faire.



Revue des journaux

MÉDECINE

Chorée, menstruation et puerperalité.

Voici les conclusions de la thèse du Dr GENTIN :

- 1° La chorée est une manifestation de la dégénérescence neuro-arthritique ;
- 2° Elle apparaît le plus souvent chez la femme au moment de la puberté pour cesser avec l'établissement des règles ;
- 3° Elle reparait quelquefois quand les règles se suppriment, en particulier au moment de la grossesse ;
- 4° Dans ces deux états, puberté et grossesse, elle est due à une auto-intoxication de nature encore inconnue ;
- 5° Le pronostic est surtout grave pour l'enfant qui naît lui-même dégénéré ou prématuré ;
- 6° Le traitement consiste en régime lacté, administration de chloral.

(Union médicale du nord-ouest).

Anesthésie oculaire dans le tabes.

par M. ROCHER.

J'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie et de physiologie un homme âgé de quarante-huit ans, frappeur de son mé-

tier, présentant presque tous les principaux signes du tabes : douleurs en ceinture et fulgurantes, crises de courbature, abolition des réflexes pharyngien et rotulien, signe d'Arzyl Robertson, troubles gastro-intestinaux très accentués, l'angisme, vertiges fréquents, ataxie des membres supérieurs et inférieurs.

Ce malade est surtout intéressant au point de vue d'un signe que j'ai rencontré quelquefois chez d'autres tabétiques : l'anesthésie oculaire. On peut appuyer fortement sur les yeux du malade, les repousser dans le fond de la cavité orbitaire sans provoquer la moindre douleur. Cette douleur de compression, qui est très vive, très intense chez les sujets sains, peut se montrer à différents degrés d'intensité.

Il est des ataxiques qui n'ont que de l'hypoesthésie, d'autres ont de l'anesthésie complète. Enfin, le trouble de sensibilité peut être unilatéral ou bilatéral. Ce signe, je l'ai trouvé chez des tabétiques à des périodes différentes. Il rentre dans la classe des anesthésies viscérales, si souvent constatées dans l'ataxie locomotrice. Notre malade n'avait d'anesthésie épigastrique, ni testiculaire.

(J. de méd. de Bordeaux).

CHIRURGIE

Les luxations totales de l'astragale.

par GEORGES LUYB.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la luxation totale de l'astragale devra se faire par l'examen attentif du déplacement de l'os. C'est par une palpation minutieuse des os, par une étude soignée de l'état des surfaces articulaires et par la comparaison des parties homologues du côté sain, que l'on arrivera à préciser exactement la nature de la luxation.

La fracture de Dupuytren sera en général facilement diagnostiquée par la recherche méthodique et précise de la douleur. La pression sur la malléole interne permettra de reconnaître un trait de fracture transversal situé à un centimètre au dessus de sa pointe, tandis que du côté du péroné la solution de continuité siègera à 5 ou 6 centimètres de la malléole péronnière et sera oblique en bas, en avant et en dedans.

La fracture de l'astragale sera plus difficile à reconnaître. On tiendra compte ici de l'élargissement du cou-de-pied qui en général est très marqué, et de la tuméfaction très considérable de la région, coïncidant avec une déviation souvent nulle du pied. La recherche de la crépitation en imprimant des mouvements divers au pied permettra parfois de reconnaître les caractères de la crépitation en sac de noix. Enfin, caractère important, il y a dans la fracture de l'astragale une amplitude anormale des mouvements des articulations tibio-tarsienne et medio-tarsienne, amenant une exagération des mouvements d'adduction et de rotation interne, contrairement à ce qui se passe dans la luxation.

Ajoutons qu'il y a souvent coïncidence entre la fracture et la luxation de l'astragale.

Le diagnostic avec la luxation tibio-tarsienne sera souvent très délicat.

Dans le cas de luxation tibio-tarsienne en avant, l'extrémité tibiale forme en avant une forte saillie au dessous de laquelle est une profonde dépression ; en arrière, la palpation permet de reconnaître entre la face postérieure du tibia et le tendon d'Achille, la présence de l'astragale non dévié. Enfin, l'avant-pied est raccourci et l'arrière-pied allongé. Tous ces signes étant exactement le contraire de ceux observés dans la luxation totale de l'astragale en avant.

Dans les cas de luxation tibio-tarsienne en arrière les malléoles

sont rapprochées de la plante du pied et immédiatement en avant du tendon d'Achille, lequel est refoulé en arrière ; devant les malléoles se dessine la saillie très nette de l'astragale non dévié. Dans la luxation totale, l'astragale forme au contraire une saillie considérable entre les os de la jambe et le tendon d'Achille refoulé.

Dans le cas de *déplacement en dedans*, il y a, dans la luxation tibio-tarsienne, saillie en dedans de la malléole interne, et au-dessous une dépression. Dans la luxation totale, on voit d'abord la saillie de la malléole interne en avant, puis une autre saillie qui n'est autre que l'astragale mobile latéralement que l'on peut reconnaître par le toucher.

Dans le cas de *déplacement en dehors*, dans les deux cas la malléole interne est effacée et la malléole externe fait une saillie en dehors. Le diagnostic se fera, d'une part, par la recherche de la mobilité latérale de l'astragale, déplacé dans le cas de luxation totale, et, d'autre part, par la constatation d'une fracture du péroné, à 6 centimètres de la pointe qui accompagne presque toujours cette variété de luxation tibio-tarsienne.

Le diagnostic avec la *luxation sous-astragalienne* est parfois hérissé de difficultés.

Dans le cas de *déplacement en avant*, ce sera par la reconnaissance de la saillie de l'astragale qu'on s'éclairera.

Dans la luxation sous-astragalienne, on ne peut sentir que la tête astragalienne reposant sur le scaphoïde et les cunéiformes. Dans la luxation totale, on sent tout le corps astragalien bien reconnaissable à ses trois facettes ; ce corps astragalien étant mobile sur le pied et le pied sur lui.

Dans le cas de *déplacement en arrière*, les symptômes sont à peu près les mêmes dans les deux cas.

Cependant, dans la sous-astragalienne, les signes sont bien moins marqués que dans la luxation totale, le tendon d'Achille fait une saillie beaucoup moindre en arrière, et se trouve très voisin des malléoles, alors qu'il en est éloigné dans la luxation totale.

Ajoutons pour terminer que, dans les cas douteux, la photographie par les rayons de Röntgen pourra souvent éclairer le diagnostic.

COMPLICATIONS. — La principale complication des luxations de l'astragale est la *déchirure des téguments*, qui se produit immédiatement au moment même du traumatisme.

De même, les téguments intacts au début peuvent être ouverts secondairement par la formation ou la chute d'une eschare.

Cette complication est évidemment grave, car elle expose à tous les accidents d'infection.

Une autre complication consiste dans la *rupture de tendons, de nerfs et de vaisseaux*, l'artère le plus blessée étant la tibiale postérieure.

Signalons encore la *fracture de l'astragale* et les *fractures concomitantes* du tibia ou du péroné qui rendront le traitement infiniment plus difficile.

Enfin, la *raideur articulaire* pourra être observée comme complication tardive, elle serait alors due à une immobilisation trop prolongée de l'articulation après la réduction.

PRONOSTIC. — Le pronostic ici, comme dans toute luxation, dépend à la fois de la nature de la luxation et du traitement qui lui sera appliqué.

Mais tandis que, pour toutes les luxations en général, plus la lésion est ancienne, et plus la réduction sera difficile, au contraire ici, il n'y a surtout à tenir compte, au point de vue du pronostic, que de la réduction ou de la non-réduction.

En effet, une luxation de l'astragale réduite est absolument bénigne, et il suffit de quelques semaines de repos et de massage, pour que la restitution *ad integrum* et le rétablissement des mouvements soient parfaits.

Au contraire, une luxation irréductible, qu'elle soit récente ou ancienne, est à réserver au point de vue pronostic, car elle sera justiciable d'une intervention chirurgicale sanglante.

Quant aux causes de l'irréductibilité de la luxation, elles peuvent être multiples, et seront exposées plus loin.

(à suivre)

Du drainage des collections péritoneales par la voie rectale.

Par M. OUIN.

Le drainage des collections péritoneales par la voie rectale est une opération qui se propose de perforer la paroi antérieure du rectum pour pénétrer dans la séreuse par son bas-fond et la drainer en son point le plus déclive. Bien que né en Amérique, ce procédé a été surtout employé en France par M. Jaboulay, qui en a le premier tracé le manuel opératoire et nettement exposé les indications.

D'après M. OUIN (thèse de Lyon), une pareille intervention est surtout indiquée et pratiquée chez l'homme, la voie vaginale étant toute tracée chez la femme ; elle a cependant ses indications chez la jeune fille vierge et la nullipare.

On l'a employée chez l'homme :

1° Dans le type pelvien d'abcès péri-appendiculaire, type pré-rectal de Gerster : l'opération se borne à l'évacuation d'une collection péritoneale enkystée par le chemin le plus direct.

2° Dans le cas de péritonite généralisée d'origine intestinale et surtout d'origine appendiculaire. Le drainage rectal employé soit seul, chez des malades très affaiblis (véritable laparotomie rectale), soit comme complément de la laparotomie, a pour but de s'opposer à la rétention et par suite à la résorption par la séreuse des liquides septiques accumulés dans le péritoine pelvien.

M. Jaboulay propose d'étendre ses indications aux cas d'appendicite infectieuse aiguë sans perforation, de contusion de l'abdomen, accompagnée de rupture de l'intestin grêle, de péritonite post-opératoire ; elle permet d'évacuer les produits qui pourraient stagner dans le petit bassin.

C'est une opération simple, qui se fraie un chemin tout tracé par la nature pour l'évacuation des collections pelviennes. Elle draine au point déclive, vide le péritoine en 2 ou 3 jours, n'amène pas l'infection de la cavité abdominale par les matières fécales et ne laisse pas à sa suite de fistules persistantes. Ces avantages doivent la faire préférer aux voies parasacrée et périnéale qui sont des opérations longues, sanglantes, difficiles, se créant des chemins artificiels et compliqués.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Du déciduome malin.

Sous ce nom on a groupé souvent des tumeurs de diverse nature ; aussi M. DURANTE s'est proposé d'étudier cette question, et il vient d'exposer le résultat de ses recherches dans un long mémoire publié dans la *Rev. méd. de la Suisse romande*, dont voici le résumé :

Le déciduome malin se développe toujours à la suite d'une grossesse. Ses premiers symptômes peuvent apparaître sans prodrome ou être précédés d'un polype placentaire ou d'une môle hydatiforme. Le début est marqué généralement par des métrorragies répétées, diffuses, bientôt continuelles, que rien ne parvient à arrêter, qui déterminent une anémie profonde, quelquefois mortelle.

L'examen intra-utérin permet de constater l'existence d'une tumeur molle, friable, s'insérant en un point de l'utérus où la paroi ramollie et amincie paraît réduite à l'épaisseur d'une feuille de parchemin.

Des métastases peuvent se montrer partout, mais elles sont surtout précoces dans le poumon, où elles donnent parfois un ensemble de signes faisant penser à la tuberculose.

Le diagnostic doit se baser sur la marche des hémorragies, le résultat du toucher intra-utérin, et surtout l'examen de fragments retirés de la cavité utérine, dans lesquels le microscope permettra de reconnaître les éléments caractéristiques.

La guérison est possible, à condition de ne pas se borner à des curettages répétés qui font perdre un temps précieux ; la seule intervention est l'hystérectomie totale qui, pratiquée d'assez bonne heure, a donné quelques succès. Elle devra toujours être précédée de l'examen attentif du système respiratoire afin de s'assurer de l'absence de métastases pulmonaires.

Histologiquement le déciduome est une tumeur provenant de l'ectoderme fœtal dans sa portion placentaire, un épithéliome fœtal, par conséquent. C'est une récidive maligne de la portion épithéliale du placenta physiologique, empruntant la gravité de ses allures à ses caractères embryologiques, à l'envahissement immédiat de ses vaisseaux utérins et aux métastases précoces qui en sont la conséquence.

(Gazette de gynécologie).

Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil genital de la femme.

par Mme MARGOLIES, thèse de Paris, 1898.

On sait que, pour quelques auteurs, la véritable cause des troubles psychiques post-opératoires est la dégénérescence dans tous les cas. Mme Margolies n'accepte pas d'abord cette manière de voir et ensuite montre bien les différentes acceptions, pour les différents auteurs, du mot unique dégénérescence. Elle aborde franchement la question par le côté clinique, à propos des psychoses dites consécutives aux seules opérations gynécologiques, et elle démontre qu'un certain nombre de ces psychoses ne peuvent pas être rangées dans la classe des psychoses constitutionnelles. En effet, parmi toutes les observations de psychoses qu'elle a relevées, elle remarque d'abord 7 cas mortels ; sur ces 7, six sont cliniquement du délire aigu, forme certainement infectieuse. A côté de ce groupe s'en place un autre plus nombreux de confusion mentale typique ou, d'après les renseignements cliniques, de délire infectieux décelé par la fièvre, les signes somatiques, etc. : ce sont là vingt cas qui manifestement sont dus à une cause extérieure. D'ailleurs la statistique montre que les troubles psychiques sont plus fréquents après les opérations gynécologiques, surtout les grandes, qu'après les autres opérations chirurgicales : c'est particulièrement l'ovariotomie simple ou double qu'il faut incriminer. Cela pourrait peut-être s'expliquer, pour Mme Margolies, par les chances plus grandes d'infection, et peut-être aussi par la perturbation que l'ablation d'un organe comme l'ovaire peut apporter dans l'économie. Le mécanisme de production de la psychose dans certains cas peut encore prêter à discussion ; mais le fait n'en reste pas moins que l'opération gynécologique est la cause réelle, indispensable, du trouble mental, quand celui-ci revêt la forme de psychoses qui ne sont pas des psychoses constitutionnelles.

(Ann. méd.-psych.)

OBSTÉTRIQUE

La position de Melli-Walcher.

Par M. le Dr GIULIANO PERBONDI (de Florence).

L'argument dont nous allons traiter n'est, pour dire la vérité, pas du tout neuf.

On ne tente que de ressusciter une pratique ancienne : la nouveauté consiste dans l'importance scientifique qu'elle a acquise : car, si on l'avait quelque siècle auparavant, c'était empiriquement, sans se donner la raison vraie de son utilité. Bien vite (et peut-être pour cela précisément) elle tomba dans l'oubli le plus parfait, et jusqu'à ces derniers temps on n'en parlait plus que comme souvenir historique et pour la condamner. Un historien français de l'Obstétrique, Witkowski, la reléguait dans les folies.

Pour bien entendre en quoi consiste son utilité, il faut partir de certaines notions préliminaires. On sait que les os du bassin acquièrent par le fait de la grossesse une certaine mobilité entre eux, et cela produit l'élargissement du bassin en favorisant ainsi l'expulsion du produit de la conception. On énonçait le fait généralement, sans y attacher toute l'importance qu'il a, et aucun n'avait jamais songé d'établir quels étaient les diamètres du bassin qui plus en gagnaient, jusqu'à l'an 1881, où un russe, Korsch, essaya d'y voir plus clairement et pratiqua dans ce but des recherches sur des cadavres d'accouchées : il en conclut que la grossesse élargissait le bassin, que cet élargissement se fait à l'entrée, plus grand dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur et et minime dans les diamètres obliques : le contraire à l'issue, et que cela est principalement la conséquence de la mobilité des articulations sacro-iliaques. Il établit des chiffres. Son tort est de n'avoir pas rendu irréfragables les résultats de ses expériences : cela est si vrai qu'il ne fut pas crû et on dit que tout était dû au fait de l'imbibition cadavérique et au relâchement consécutif des tissus, et non pas à la grossesse.

Korsch n'insista plus dans ses recherches et pour quelque temps on n'en parla plus. Ce fut en 1889 que Walcher démontra, en manière de convaincre tout le monde, que le bassin pouvait s'élargir d'une manière sensible, que cet accroissement était très accentué, spécialement dans les bassins légèrement plats, si on faisait passer successivement la femme de la position sur le dos à genoux fléchis et rapprochés au tronc à une autre dans laquelle, étant toujours couchée sur le dos, les fesses débordaient le plus possible le bord du lit et soulevées par un coussin et les jambes pendantes librement par en bas un peu éloignées du sol. L'épreuve faite sur six femmes enceintes aux derniers mois de la grossesse, avec des bassins légèrement viciés, entraîna un accroissement en longueur du diamètre antéro-postérieur du bassin variable de 8 à 13 mm., en moyenne presque d'un centimètre (cm. 0,95), sur celle mesurée dans la position à jambes fléchies et rapprochées du tronc. Pour en avoir la preuve il suffisait de ramener la femme dans la position précédente et les diamètres reprenaient les dimensions de la première fois. Donc le bassin est susceptible d'élargissement. Les recherches ultérieures ont porté à ses chiffres des modifications très faibles : mais le fait est également ainsi.

Une découverte aussi simple et capable de porter des résultats pratiques était destinée à avoir du retentissement dans le monde scientifique et il en fut ainsi. On nomma la nouvelle position, position de Walcher.

Mais des accoucheurs italiens, La Tore, Pazzi virent d'abord que quelqu'un de nos compatriotes avaient songé auparavant à mettre les femmes qui accouchaient avec difficulté, dans une position, sinon la même, presque la même. Un autre accoucheur italien, Sebastiano Melli, avait recommandé une position spéciale. Voilà ses paroles textuelles : " Connu que l'accouchement est vicieux, Madame la sage-femme devra conduire tout doucement la femme en couches au bord du lit et l'accommoder comme montre le dessin. " Et le dessin montre la femme avec les fesses en dehors du bord d'un lit bas et soulevées par un coussin et les pieds qui appuyent sur le sol. La sage-femme est accouchée sur un coussin et cela pour pouvoir manœuvrer suivant la nouvelle direction qu'a prise l'axe du bassin. Une position comme l'on voit, en tout semblable à celle de Walcher,

n'en différant que par la petite variante que les pieds dans le Walcher ne touchent pas le sol. De sorte que, si le scrupule scientifique impose de dire qu'il n'est pas impropre et injuste comme dit Pazzi, de la nommer de Walcher, néanmoins, les deux positions diffèrent très peu entre elles et la modification est minime. C'est plus propre de la nommer position Mellie-Walcher ou à jambes pendantes. Ahlfield a déjà enregistré dans son Traité le nom de Melli avec celui de Walcher. Melli s'inspira de la pratique d'un autre illustre accoucheur romain, Scipione Mercurio, quoique à certains regards il le critique.

Walcher avait tout simplement énoncé le fait sans en donner la précise explication. Bientôt on pratiqua des recherches dans ce but en Allemagne, en Angleterre, en France, et en Italie, et la recherche continue et au prochain congrès international de gynécologie qui aura lieu cette année en août, à Amsterdam, on en parlera encore (Bonnaire, Walcher, Pinzanni, rapporteurs).

Comment se faisait l'accroissement dans la conjugate vraie ? — La réponse fut donnée par Küster et Ishergill. On trouva que l'accroissement est dû à un vrai mouvement de rotation des os iliaques sur le sacrum en décrivant un arc de cercle et se portant en avant, en bas et un peu en dehors ; et cela parce que le poids des jambes arrive à vaincre la résistance des ligaments sacro-iliaques, des muscles de la paroi abdominale antérieure et du psoas, qui se laisse distendre et permettent ce mouvement de rotation : le diamètre cocci-pubien diminue d'autant que la C. V. s'accroît.

Depuis cela, la méthode est entrée dans la pratique des cliniques et les résultats favorables ne manquèrent pas. Certainement l'optimisme ne doit arriver au point de croire que la position de Mellie-Walcher puisse remplacer quelque une des opérations obstétricales en usage : elle les limitera. Elle sera un auxiliaire puissant dans les accouchements difficiles, spécialement par rétrécissement des os pelviens. Dans le plus commun de ces rétrécissements, dans le bassin plat, on trouva que l'accroissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est encore plus grand que la moyenne habituelle (0,95) et qu'il est capable d'atteindre 1 ½ c. m. parce que dans cette espèce de bassin le sacrum a accompli un mouvement de haut en bas et d'arrière en avant et par conséquent la rotation est plus marquée, spécialement si (comme l'a vu Pinzani) la femme passe de la position de la cystotomie périnéale à la Mellie-Walcher.

Si l'accouchement est retardé par insuffisance de force expulsive du muscle utérin ou par difficile réduction des diamètres de la tête ou par rigidité des parties molles ou par volume excessif du fœtus, plusieurs fois la méthode a eu l'avantage, spécialement s'il y a nécessité d'accomplir à bref délai l'accouchement, de diminuer de beaucoup la résistance des os du pelvis et la compression sur la tête et permettre d'épargner quelquefois l'application du forceps et toutes ses fâcheuses conséquences (traumatismes sur la tête, lacerations périnéales, etc.).

Et quand le forceps est indispensable la position à jambes pendantes a des avantages : la traction se fait mieux et suit mieux l'axe du pelvis, outre que le périnée est distendu beaucoup moins et que sont plus difficiles et rares ses lacerations.

Mais où la position de Mellie-Walcher a donné des résultats brillants c'est dans l'extraction podalique du fœtus. Dehling dit à ce propos que la position à jambes pendantes est un *secours béni*.

Cette nouvelle position précisera mieux les limites de l'indication de la symphyséotomie, sans arriver jamais à la remplacer (comme quelqu'un, avec exagération, a dit).

Et dans le champ de l'accouchement prématuré artificiel par bassin vicié, c'est facile de prévoir qu'elle diminuera de beaucoup la mortalité des enfants nés avant terme, qui, malgré l'introduction de la couveuse et du gavage, est encore fréquente. Par exemple, on

pourra provoquer l'accouchement à huit mois avec une C. V. de 7 cm. et ainsi les morts par prématurité diminueront de beaucoup. Les opérations les plus graves pour la mère ou l'enfant (embryotomie, opération césarienne, avortement provoqué) diminueront au profit des moins graves (forceps, version, accouchement prématuré artificiel) dont les indications s'élargiront.

On pourra recourir à de nouvelles méthodes de traitement : par exemple à la symphyséotomie combinée à la Mellie-Walcher en des cas où auparavant on aurait recouru à l'embryotomie ou à la section césarienne ; à l'accouchement prématuré artificiel associé à cette position seule ou ensemble à la symphyséotomie ; et on pourra éviter l'avortement provoqué pour donner place à l'accouchement prématuré, etc., etc. Appartient à l'avenir d'établir tout cela.

La sanction des cliniciens ne manque pas. A la clinique obstétricale de Dresde, en neuf mois (août 1892 à juin 1893) la mortalité fœtale a baissé de 80 à 64 0/0 des cas (Wehle). Huppert, sur 28 bassins viciés avec des C. V. de 80 à 75 mm., eut 18 accouchements spontanés et Mangiagalli, en sept cas de bassin vicié, eut des résultats très louables.

Comme l'on voit, c'est un champ nouveau, une nouvelle ère qui s'ouvre pour l'obstétrique.

(Indépendance médicale)

PÉDIATRIE

Considérations cliniques sur l'avenir des convulsifs infantiles.

D. DUFOUR.—1° Les convulsions infantiles du premier âge sont d'origine épileptique ;

2° Elles ne se rencontrent pas chez les hystériques non entachés d'épilepsie ;

3° Tout convulsif infantile est toujours disposé à réagir de façon épileptique à l'occasion des causes multiples au nombre desquelles l'intoxication et l'infection jouent le principal rôle ;

4° Pratiquement, la présence des convulsifs infantiles dans le cas de difficulté de diagnostic entre l'épilepsie et l'hystérie doit faire admettre le diagnostic d'épilepsie ;

6° Chez les convulsifs infantiles, la thérapeutique doit s'attacher, plus que chez d'autres, à écarter toute infection, intoxication ou auto-intoxication pour éviter cette réaction épileptique.

L'absence des convulsions infantiles dans le passé des hystériques, même convulsifs, peut s'expliquer par ce fait que l'émotion, qui est à la base des paroxysmes hystériques, manque à peu près totalement dans le jeune âge.

M. MARIE admet que les conclusions de M. Dufour sont en partie légitimes ; 75 à 80 p. 100 des épileptiques ont des convulsions pendant leur première enfance. Mais M. Dufour croit que ces convulsions sont déjà de nature épileptique. M. Marie ne partage pas cette opinion. Ces convulsions résultent d'une infection ou d'une intoxication ayant lésé plus ou moins les cellules cérébrales, et c'est le reliquat de cette lésion qui, ultérieurement, créera l'épilepsie. Il y a, certes, une épilepsie essentielle, héréditaire ; mais les exemples en sont beaucoup plus rares qu'on ne le croit. Souvent l'épilepsie a été créée par accident, par une action sur les cellules corticales d'une infection ou d'une intoxication pendant l'enfance.

M. ODDO cite à l'appui de l'opinion de M. Marie le cas suivant : un enfant ayant subi une infection grave eut des convulsions, puis mourut. On trouva, à l'autopsie, des lésions manifestes des cellules pyramidales des zones motrices.

M. JOFFROY trouve considérable le rôle de l'hérédité. Il est prouvé par la fatalité, qui pèse si lourdement sur la descendance des épileptiques ; il l'est encore par cette prédisposition spéciale

qu'il faut admettre pour expliquer pourquoi certains intoxiqués par l'absinthe ou par d'autres poisons réagissent suivant le mode épileptique, alors que d'autres supportent sans inconvénient des doses doubles ou triples des mêmes poisons. A côté des épilepsies accidentelles, il y a toujours l'épilepsie héréditaire.

(Société de neurologie).

THERAPEUTIQUE

Traitement du muguet chez le nouveau-né.

Actuellement, les traitements employés consistent tous en badigeonnages antiseptiques ou en collutoires alcalins.

Le sublimé à 1 pour 2000 en badigeonnages prudents.

Le permanganate de potasse 1 pour 4000 en badigeonnages 5 à 9 fois par jour.

Le docteur Grosz (de Buda-Pesth) a trouvé sur la langue de tous les nouveau-nés un enduit épithélial siégeant surtout à la pointe, produit de desquamation de la muqueuse dû au travail de la succion. Il attribue à ce fait une part considérable dans la production de l'acidité de la bouche qui favorise le développement du muguet. Aussi, comme le muguet est endémique dans son hôpital, il pratique le traitement suivant :

Comme moyen prophylactique, tout nouveau-né sain se trouvant dans son service doit avoir une fois par jour la pointe de la langue touchée à l'aide d'une brosse douce imbibée d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 100.

A la suite de ce traitement, la proportion des enfants atteints de muguet tomba de 32 p. 100 à 9 p. 100.

Chez les enfants ayant le muguet, il emploie les badigeonnages 1 fois par jour avec une solution de nitrate d'argent à 3 p. 100 et les lavages répétés avec une solution de borate de soude à 20 p. 100. la guérison est ainsi obtenue en 2 ou 3 jours.

Cette guérison est-elle définitive ? Il nous est difficile de l'admettre. Comme tous les autres précédemment cités, il s'agit là d'un traitement purement local. Or, nous avons montré l'importance de l'état général dans la pathogénie de l'affection ; celui-ci subsistant après ces divers traitements, il est certain que rien ne pourra empêcher une récurrence de se produire.

A l'hospice des Enfants-assistés, M. le professeur Hutinel traite le muguet des nouveau-nés par les lavages d'estomac à l'eau de Vichy. Le succès de la méthode ne s'est jamais interrompu depuis trois ans qu'elle est en pratique. Aucun badigeonnage, aucun collutoire, ne vient déposer dans la bouche une substance médicamenteuse, quelle qu'elle soit. Les enfants atteints de muguet sont soumis deux fois par jour à un lavage d'estomac avec de l'eau de Vichy, tel qu'on les pratique en cas de troubles gastriques et tels qu'ils ont été décrits par M. Thiercelin (thèse de Paris, 1894) et par M. Olmières (thèse de Paris, 1899). Rappelons le procédé opératoire en quelques mots.

Une sonde de Nélaton n° 20 reliée par un tuyau en caoutchouc dont l'autre extrémité porte un entonnoir de verre, voilà l'appareil.

Le bout de la sonde introduit dans la cavité buccale grâce aux mouvements de déglutition de l'enfant gagne facilement l'œsophage où elle s'engage et dans lequel on achève de l'enfoncer. Ce temps se fait toujours avec la plus grande facilité ; l'ouverture du larynx est si étroite qu'il y a peu de place pour l'engagement de la sonde ; de plus, elle est fermée par les mouvements de déglutition ; enfin, si par hasard la sonde y pénétrait, un violent accès de suffocation vous en avertirait et il suffirait alors de plonger un doigt jusqu'à la paroi postérieure du pharynx et de glisser la sonde dessus pour ne pas renouveler l'erreur.

La sonde étant en place, on verse environ 150 grammes d'eau

de Vichy dans l'entonnoir élevé, que l'on abaisse en le renversant dès que tout le liquide a été ingluté : on laisse se vider l'estomac, on relève l'entonnoir, on recommence une seconde fois, et, dans les cas tenaces, une troisième. Puis on retire la sonde ; l'enfant est remis à sa nourrice.

Dès le deuxième jour de traitement l'amélioration est considérable et le troisième jour elle est généralement complète dans les cas bénins.

Si le muguet est accompagné de quelques troubles peu importants, diarrhée simple, érythème des fesses, on les voit s'améliorer sous l'influence de ce seul traitement et l'enfant, placé dans de bonnes conditions d'alimentation et d'hygiène, a vite retrouvé toute sa santé.

Mais les troubles qui se rencontrent avec le muguet peuvent être plus graves et l'enfant présenter les symptômes des gastro-entérites aiguës. Généralement alors, la disparition du muguet est plus longue à obtenir ; cependant, il persiste rarement au-delà de 8 jours. Ceci nous prouverait que si la modification des milieux de l'organisme ont été plus longues à se produire en raison de l'intoxication plus intense du sujet, elles n'en sont pas moins réelles. En effet, bien que le traitement soit interrompu, le muguet ne paraît plus pendant que la maladie achève son évolution.

(Journal de méd. de Paris)

Traitement de la sciatique par l'ichtyol administré à l'intérieur.

Après avoir employé, sans grand succès, tous les nombreux moyens symptomatiques qui ont été préconisés à tour de rôle contre la sciatique, M. le docteur J. Crocq, agrégé à la Faculté de médecine de Bruxelles, eut l'idée d'expérimenter dans cette maladie l'usage interne de l'ichtyol. Ce médicament dont les propriétés analgésiques sont bien connues, est souvent utilisé en applications locales dans les névralgies et les affections rhumatismales, mais on ne paraît pas l'avoir encore administré à l'intérieur contre la sciatique. Or, dès les premiers essais, cette médication a donné à M. Crocq les résultats les plus encourageants. Notre confrère fait prendre chaque jour de six à huit capsules contenant chacune 0 gr. 10 centigr. d'ichtyol et il prescrit, et outre, des onctions sur les parties douloureuses avec le mélange ci-dessous formulé :

Ichtyol..... 20 grammes.
Banne tranquille } a. a. 30 grammes.
Chloroforme

Mélez, usage externe.

De 20 sciatiques rebelles traitées de la sorte, 14 ont été guéries, 4 ont été améliorées au point que les patients ont pu reprendre, tout au moins en partie, leurs occupations habituelles, et deux fois seulement l'état des malades n'a pas été modifié. De ces faits M. Crocq conclut que l'ichtyol, sans être un remède infailible de la sciatique, n'en constitue pas moins le moyen le plus efficace dont nous disposons contre cette affection. Il va de soi que cette médication n'exclut pas l'usage simultané d'autres analgésiques, destinés à calmer momentanément les sensations douloureuses en attendant que l'action de l'ichtyol, plus lente mais plus radicale, ait le temps de se produire.

(Form. mens. de théor. et de pharmac.)

REVUE DES LIVRES

Note de la rédaction : Tous les livres nouveaux envoyés en double à la rédaction seront annoncés et analysés, s'il y a lieu.

FORMULAIRE ÉLECTROTHERAPIQUE DU PRATICIEN,
par le Dr. L. R. RÉGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie

à l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-18 de 256 p. avec 34 figures, cartonné, prix : 3 fr. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

L'électricité tient aujourd'hui une place considérable dans la classe des médications physiques.

Le praticien n'est pas encore suffisamment familiarisé avec cette méthode thérapeutique.

L'enseignement de l'électrothérapie n'est pas encore organisé d'une manière tout à fait profitable pour l'étudiant. D'autre part il n'existait pas d'ouvrage en dehors du *Précis d'électrothérapie* du Dr. BORDIER, ouvrage excellent mais s'adressant surtout au spécialiste ou au médecin des grandes villes. Le *Formulaire électrothérapique du praticien* du Dr. RÉGNIER, remplit cette lacune : il a volontairement laissé de côté tous les détails physiques inutiles au médecin non spécialiste pour donner au contraire tous les développements nécessaires sur la manière d'appliquer l'électricité, ses indications et ses contre-indications.

Dans la 1^{re} partie, les courants électriques, M. Régnier étudie les appareils nécessaires au praticien pour l'électrodiagnostic et l'électrothérapie, les diverses formes de courants qu'ils fournissent, l'action physiologique de ces courants sur laquelle est basé leur emploi thérapeutique, les méthodes à employer soit pour compléter le diagnostic, soit pour traiter le malade.

Dans la 2^e partie, la *Lumière électrique*, il a rassemblé tous les renseignements utiles au médecin sur les divers usages de la lumière électrique pour le diagnostic en médecine, en chirurgie, en gynécologie, en laryngologie, etc.

MARCEL NATIER. — La neurasthénie et certaines affections du nez et de la gorge. — Extrait de *La Parole*, Paris.

L'auteur attire l'attention, avec grande raison, sur les affections du nez et de la gorge, (élongation de la luette, ulcération de la cloison, etc.) comme facteurs dans la production de la neurasthénie et sur les bons résultats obtenus en traitant la cause.

ARTHUR McDONALD. — Emile Zola. A Study of his Personality, with illustrations. Washington 1899. — From "The Open Court," Chicago. —

C'est une étude médico-psychologique de Zola, intéressante à plus d'un point de vue ; Zola est dit névropathe, mais ni hystérique, ni épileptique, ni dégénéré.

ARTHUR McDONALD. — Experimental Study of Children. — U. S. Bureau of Education. Washington 1899.

FORMULAIRE

SOLUTION DE COCAINE INALTÉRABLE. — Jonas.

Muriate de cocaïne.....	3 grains.
Eau distillée.....	2 drachmes.
Acide salicylique.....	3/25 grain.
ou Acide carbolique.....	3/20 —

Peut être conservée dix mois sans s'altérer.

(*Medical Record.*)

CYSTITE AIGUE. — Goodell.

Sulfate d'atropine.....	1 grain.
Acide acétique.....	20 gouttes.
Alcool } de chacun.....	½ once.
Eau }	

Dose : 4 gouttes dans de l'eau avant les repas.

(*Dominion Medical Monthly.*)

DELIRIUM TREMENS. — *Vanderbilt Clinic.*

Bromure de potassium.....	15 grains.
Bromure de sodium.....	15 —
Chloral.....	10 —
Teinture de gingembre.....	10 gouttes.
Teinture de capsicum.....	5 —
Esprit d'ammoniaque aromatique.....	1 drachme.
Eau.....	

Pour une dose.

(*J. Amer. Med. Asso.*)

BRONCHITE CHRONIQUE.

Chlorure d'ammonium.....	3 drachmes.
Teinture de jus quiame.....	1 once.
Vin d'ipeac.....	3 drachmes.
Sirop de Fellow's.....	2 onces.
Eau pure.....	8 onces.

Dose : Deux cuillerées à thé toutes les 4 heures.

(*North American Medical Review.*)

QUESTIONS ET REPONSES

1^o QUESTION. — Quelle est la manière la plus simple, la plus pratique et en même temps la plus sûre de doser l'urée ?

2^o QUESTION. — Quand et comment doit-on baptiser l'enfant suivant la formule : *Si tu es capax* ?

NECROLOGIE

Chambly a rendu un bel hommage au regretté C. R. Lafontaine.

Une foule nombreuse n'a cessé de défilé devant la dépouille mortelle du vieux médecin exposée dans une chapelle ardente.

Les offrandes de fleurs ont été nombreuses. Les commissaires d'écoles, dont il avait été le premier président, ont envoyé une magnifique couronne.

Le cortège funèbre aux funérailles a été escorté d'une suite nombreuse.

Le service funèbre fut chanté par M. l'abbé J. Larocque, parent du défunt, assisté de MM. les abbés Fontrouge et Lévesque. Le chœur, aidé de quelques voix étrangères, a bien rendu la messe des morts.

Le télégramme suivant a été adressé à M. J. O. Dion :

Ottawa, Ont., 7 août 1899.

Présentez condoléances de ma femme et de moi-même à famille du Dr Lafontaine. Impossible d'assister aux funérailles.

(Signé)

WILFRID LAURIER.

NOUVELLES.

"The American Electro-Therapeutic Association" s'assemble à Washington, D. C., les 19, 20, 21 septembre prochain.

Le docteur J. C. Webster, autrefois assistant-professeur de gynécologie à l'université McGill et récemment nommé professeur de gynécologie à l'université de Chicago, a épousé le 20 mai, mademoiselle Alice Lusk, de New-York.

On annonce le mariage, cet été, en Europe, du docteur Birket, professeur de laryngologie à l'université McGill. Nos meilleurs souhaits.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX.....	49
La caféine dans les épanchements séro-fébrineux de la cavité pleurale, par le Dr. J. C. S. Gauthier.	
REVUE DES JOURNAUX.....	50
Des troubles cardiaques dans les néphrites. — Du phénomène des orteils dans l'épilepsie, par M. J. Babinski. — D'un syndrome particulier au début de la tuberculose pulmonaire chronique, par M. Fernet. — Cirrhose du foie avec varices œsophagiennes, clinique du professeur Rendu à l'hôpital Necker. — Traitement de la scoliose, par P. Derocque. — La médication thyroïdienne dans les fractures. — Traitement des plaies pénétrantes de poitrine par Lucas Championnière. — Lésions radiographiques. — Traitement des polypes de l'intérus, par M. le docteur Sébilleau. — De la péritonite blennorrhagique chez la petite fille. — Hémiplegie spasmodique infantile, par le Dr. Albert Mills. — Méningite scarlatineuse, société médicale de Leipzig. — Le cacodylate de soude dans la pratique médicale d'après les plus récents travaux. — Sérum du lait de vache. — Lupus vorax. Traitement par les applications locales de galacol. Guérison, par Desplats. — Le traitement de la suppuration par la nucléine.	
REVUE DES LIVRES.....	55
FORMULAIRE.....	56
QUESTIONS ET REPONSES.....	56
NOUVELLES.....	56

Travaux Originaux

La caféine dans les épanchements séro-fébrineux de la cavité pleurale

Par le Dr. J. C. S. GAUTHIER,

Professeur conjoint à l'université Laval.

J'ai eu l'occasion de traiter par la caféine, trois cas de pleurésie avec épanchement, et les résultats thérapeutiques ont été tellement satisfaisants que je m'empresse de vous les communiquer. J'ai pu en même temps me convaincre que la pleurésie avec un épanchement stérile, vierge de tout micro-organisme après l'examen bactériologique du liquide pleural, est généralement tuberculeuse. Cette opinion d'ailleurs émise par Dieulafoy et presque tous les auteurs contemporains est passée aujourd'hui dans le domaine classique et trouve peu de contradicteurs. Nous avons bien les épanchements pleurétiques dus aux agents pathogènes qui engendrent généralement la purulence, les strepto, staphylo, et pneumocoques isolés ou en association microbienne, sans excepter le coli-bacille, etc. Ces formes de la pleurésie, avec leur cortège de symptômes généraux et locaux propres, ont pour cause habituelle, les maladies infectieuses broncho-pneumonie, fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole érysipèle, septicémie puerpérale, etc., etc. Mais dans cette observation il s'agit simplement de cette forme latente de la pleurésie, avec peu ou point de manifestations aiguës et qui permet aux malades de vaquer à leurs occupations, de parcourir de longues distances, de se présenter enfin à votre consultation avec un thorax rempli de liquide, un cœur refoulé à droite et une topographie anormale des principaux organes thoraciques et abdominaux.

Le dernier malade que j'ai eu l'occasion d'observer est surtout remarquable en ce qui concerne l'épanchement. C'est un jeune homme de 24 ans, mesurant six pieds et six pouces, un vrai géant,

qui au premier abord présente l'aspect d'un phthisique. Il arrive des États-Unis ayant fait un trajet de quinze heures en chemin de fer. La cavité thoracique gauche est pleine de liquide jusqu'au niveau de la deuxième côte, la pointe du cœur frappe dans les environs du mamelon droit, la respiration est extrêmement gênée, le pouls très vite et d'une grande faiblesse, la toux fréquente ; le malade peut à peine parler. L'indication est pressante, je fais la thoracentèse et tire 1500 grammes d'un liquide séro-fibrineux et je donne une injection hypodermique de caféine. Le soulagement est immédiat et la diurèse abondante obtenue par le médicament, aidé des pointes de feu sur le thorax, font le reste. Je continue l'usage de la caféine à l'intérieur et dix jours après le début du traitement il ne reste plus de trace de l'épanchement. Le poumon est bien un peu gêné dans ses fonctions par les néo-membranes qui le brident et nuisent à son ampliation, mais la toux est presque disparue, la respiration se fait bien et le malade peut se coucher et dormir paisiblement pendant toute la nuit, ce qu'il n'avait pu faire depuis plusieurs semaines.

Je veux bien admettre que la thoracentèse, selon l'opinion de Trousseau, puisse à elle seule produire la guérison en faisant disparaître la pression intra-thoracique, partant, facilitant l'absorption du liquide épanché ; c'est-à-dire qu'elle est le coup de fouet qui stimule le *vis medicatrix naturae*. Mais les deux autres malades que j'ai traités avec la caféine seule, sans thoracentèse sont une preuve évidente de son efficacité surprenante. Ces deux malades étaient manifestement des tuberculeux. L'un d'eux est mort de péritonite tuberculeuse, deux ans après la guérison de son épanchement. Cette pleurésie n'était évidemment qu'un épisode de sa tuberculose. C'est cette considération clinique sur laquelle Dieulafoy attire notre attention et que notre expérience confirme malheureusement trop souvent. Il nous enseigne : " Que les gens ayant été atteints " de pleurésie *a frigore*, peuvent être classés en plusieurs catégories. " Les uns guéris de leur pleurésie, sont atteints quelques semaines " quelques mois ou quelques années plus tard, de manifestations " diverses de la tuberculose pulmonaire, péritonéale, méningée ; il " est évident que chez les malades de cette catégorie, la pleurésie " n'avait été qu'une localisation plus ou moins locale, plus ou moins " précoce de l'infection tuberculeuse. "

L'autre malade vit encore, après avoir guéri de son épanchement pleurétique sous l'influence de la caféine. Les présomptions sont très fortes en faveur de la tuberculose chez ce dernier, car plusieurs membres de sa famille, frères et sœurs, ont déjà succombé à l'infection tuberculeuse.

Les indications de la caféine sont nombreuses dans cette maladie ; Jaccoud enseigne que sous son influence à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme, l'impulsion du cœur prend de la force, les battements se régularisent et par une conséquence nécessaire la sécrétion de l'urine augmente. Huchard dit qu'elle agit sur la fibre cardiaque au même titre que l'électricité sur un muscle atrophié ou paralysé. Lépine de Lyon en fait l'équivalente de la digitale. Ainsi l'action thérapeutique de la caféine est multiple, son action dynamique sur le cœur et son action secondaire sur le système musculaire et nerveux, en dernier lieu son action élective sur le rein en font un remède précieux dans les épanchements pleurétiques. Ne s'agit-il

pas de soutenir le cœur qui est menacé de syncope, de favoriser l'absorption et d'activer l'élimination rénale et tout cela sans fatiguer le malade, sans épuiser ses forces ?

En thérapeutique, comme dans toutes les autres branches de la médecine, on doit s'inspirer des expériences cliniques de nos devanciers, aussi je n'ai pas la prétention de m'attribuer la paternité de cette médication ; j'ai suivi un sentier tout tracé. Je voulais seulement insister et rendre public les heureux résultats d'une médication simple et efficace.

Saint-Ephrem d'Upton.

Revue des journaux

MEDECINE

Des troubles cardiaques dans les néphrites.

M. le professeur POTAIN aborde cette étude à propos d'un malade de son service. Sans antécédents morbides, à part la syphilis, cet homme ressentait, depuis environ dix-huit mois, quelques malaises, troubles digestifs, besoins d'uriner la nuit, anhélation, essoufflement, puis à la suite de froid, état nauséux, ventre ballonné, et une diarrhée intense. A l'entrée à l'hôpital, on constata de la dyspnée, une surface de 126 cm. pour le cœur, une tension artérielle de 26 cm. de mercure, des urines peu abondantes, et un bruit de galop très net au cœur. On se trouvait donc en présence d'accidents urémiques. Sous l'influence d'un purgatif au calomel et scammonée, l'amélioration fut sensible ; la surface de matité du cœur est maintenant tombée à 92 cm., la tension artérielle à 13 ; le malade est guéri.

L'intéressant, c'est le rapport qui existe entre le cœur et le rein dans les affections rénales. Quand l'affection cardiaque est primitive, on observe surtout le rein cardiaque avec son exagération de volume, sa congestion. Si le rein est le premier altéré, il faut distinguer deux groupes de faits. Dans les formes atrophiques du rein, l'altération cardiaque est très fréquente. L'hypertrophie prédomine, et exclusivement sur le ventricule gauche. La sclérose se forme au bout d'un certain temps, et la consistance du cœur s'exagère. Les signes de cette hypertrophie sont l'exagération de la matité ; la pointe est abaissée, le cœur tend à devenir vertical ; on entend un rythme de galop formé par un soulèvement présystolique.

Le second bruit aortique est accentué ; le pouls a une tension de 25 à 32 de mercure. Ce qui avertit surtout de la néphrite, c'est l'anhélation ; ce qui confirme, c'est l'élévation extrême de la pression.

Il faut distinguer de la néphrite interstitielle, la néphrite catarrhale chronique qui s'accompagne de troubles cardiaques un peu différents ; la pointe bat en dehors ; l'oreillette droite est plus basse ; le bruit de galop est situé plus bas ; le cœur droit est dilaté ; cette dilatation offre de l'analogie avec celles qu'on signale dans les dyspepsies gastro-intestinales.

Il y a donc eu, chez le malade en question, une combinaison des deux formes de néphrite, suivie de symptômes urémiques et cardiaques qui semblent avoir eu pour intermédiaires les quelques troubles digestifs signalés en commençant.

(Journal des praticiens — Abeille médicale).

Du phénomène des orteils dans l'épilepsie.

Par M. J. BABINSKI.

Dans le dernier travail que j'ai publié sur le phénomène des orteils j'ai rapporté un cas d'épilepsie jacksonnienne où ce phénomène avait été constaté immédiatement après la crise, du côté qui était le siège des mouvements convulsifs, tandis qu'en dehors des crises, le réflexe cutané plantaire était normal. J'ai observé depuis des faits analogues.

Tout récemment, chez une malade atteinte de néoplasme intracrânien et sujette à des accès caractérisés par quelques mouvements convulsifs généralisés, une perte de la connaissance, de l'incontinence de l'urine et des matières fécales, j'ai noté pendant une crise, outre une abolition du réflexe anal, le phénomène des orteils des deux côtés, tandis que les réflexes tendineux ne présentaient pas de modification ; un quart d'heure environ après le début de la crise, la malade ayant repris connaissance, le réflexe anal avait reparu et le réflexe cutané plantaire était redevenu normal.

J'ai observé aussi le signe en question au moment de la crise et après la crise, pendant un espace de temps d'une durée plus ou moins longue, chez des individus sujets à des crises d'épilepsie dite idiopathique, et chez lesquels le réflexe cutané plantaire était normal en dehors des crises. Le signe des orteils, dans les cas de ce genre, est tantôt unilatéral, tantôt bilatéral ; il est parfois accompagné de l'exagération des réflexes tendineux et de trépidation épileptoïde du pied, ainsi que de l'abolition du réflexe anal.

Dans l'hystérie, pendant les attaques, ainsi qu'en dehors des attaques, le phénomène des orteils fait constamment défaut.

Il en résulte que la constatation de ce signe pendant une crise chez un sujet dont le réflexe cutané plantaire est normal en dehors des crises, permet d'écarter l'hypothèse d'attaque hystérique et pourrait, dans un cas douteux, servir à établir le diagnostic d'épilepsie.

Je dois ajouter que l'absence de ce signe ne prouverait pas que l'épilepsie n'est pas en cause, car le phénomène des orteils peut faire défaut dans les crises épileptiques.

(Société de neurologie).

D'un syndrome particulier au début de la tuberculose pulmonaire chronique.

Par M. FERNET (à la Société médicale des hôpitaux).

Dès le début de la tuberculose pulmonaire chronique, les lésions du sommet d'un poumon sont accompagnées d'une adénopathie trachéo-bronchique et d'un engorgement de la partie inférieure du poumon du même côté ; la clinique permet de constater 3 foyers de signes physiques qui sont en rapport avec ces altérations : 1° au sommet, vers la partie externe de la fosse sus-épineuse et dans le sillon pectoro-deltaïdien, les signes habituels de la tuberculose commençante, respirations anormales, etc.) ; 2° dans l'espace inter-scapulaire (du côté malade, de la submatité avec résistance au doigt, et un souffle à timbre creux, surtout expiratoire, phénomènes indiquant l'adénopathie ; 3° à la base, du même côté, de la diminution de la sonorité à la percussion et quelques râles sous-crépitaux à l'auscultation.

Il y a lieu de chercher entre ces divers phénomènes des lieux de subordination réciproque : ce sont trois anneaux d'une chaîne étroitement unis entre eux ; la tuberculose du sommet est le fait initial ; l'adénopathie lui est directement associée comme phénomène secondaire ; enfin l'engorgement de la base du poumon paraît dépendre de l'adénopathie, constituant ainsi le troisième anneau de la chaîne morbide.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Cirrhose du foie avec varices œsophagiennes.

(Clinique du professeur RENDU à l'hôpital Necker).

Un homme, entré dans le service pour une hématoméose précédée peu de jours avant par une autre plus abondante encore, avait présenté divers symptômes qui ne pouvaient faire mettre en doute l'existence d'une cirrhose. Bien qu'il n'y eut guère de troubles fonctionnels, la triade constituée par le petit foie, la grosse rate et l'ascite étaient des plus caractéristiques.

Malgré la gravité habituelle de ces cas, en raison du bon état apparent de l'estomac et des reins, le pronostic fut considéré comme relativement favorable ; mais la marche des accidents déjoua entièrement ces prévisions. Très rapidement, la quantité des urines diminua, la tympanite devint énorme et on fut obligé de ponctionner l'ascite, bien que le liquide ne fut pas très abondant. Puis survinrent de l'œdème des bourses, de la congestion pulmonaire et une hématoméose très forte qui se produisit sans cause apparente. Le malade était extrêmement affaibli, lorsque survinrent à quelques jours d'intervalle, deux nouvelles hématoméoses ; il tomba dans le coma et mourut, la dernière période de sa maladie ayant évolué en une vingtaine de jours environ.

La marche de cette cirrhose a été exceptionnelle et montre la difficulté du pronostic dans certains cas. Tout d'abord, d'après les renseignements donnés par le malade, les signes de la période pré-ascitique ont fait entièrement défaut, et la cirrhose, très avancée cependant, est restée latente jusqu'à la première hématoméose, ce qui montre que les lésions peuvent arriver à un degré extrêmement marqué sans éveiller de troubles fonctionnels.

En second lieu, la gravité de l'état du malade augmentait à mesure que la perméabilité rénale diminuait, ainsi que l'ont bien démontré une série de recherches faites avec le bleu de méthylène.

Un dernier point est relatif aux hématoméoses qui ont précipité la marche de la maladie. A l'autopsie on a trouvé toutes les lésions classiques de la cirrhose, mais avec une péri-hépatite considérable enserrant en quelque sorte la veine porte. L'estomac paraissait sain et ne présentait pas la moindre érosion pouvant expliquer les hématoméoses. Mais au-dessus du cardia, on voyait de grosses veines ayant le volume de la radiale et en plusieurs points une perte de substance indiquant le siège de l'hémorragie ; il y avait eu rupture de varices œsophagiennes.

On sait que les varices œsophagiennes se rencontrent dans certains cas de cirrhose du foie et donnent alors à la maladie une évolution spéciale. Ces varices déterminent des hématoméoses qui surviennent, dans la période pré-ascitique.

Ces hématoméoses sont ordinairement très abondantes ; elles se répètent et précipitent ainsi la maladie : elles aggravent donc considérablement le pronostic.

Quant à leur pathogénie, elle a été diversement interprétée. Il est très probable que la péritonite chronique et la péri-hépatite jouent ici un rôle important : en effet, dans certains cas, la veine porte se trouve englobée au milieu des adhérences qui amènent une gêne de la circulation ; il en résulte des dilatations secondaires dans le réseau qui y aboutit. Ajoutez que chez les alcooliques les vaisseaux sont altérés et que l'endo-phlébite vient joindre son influence à celle de ces troubles circulatoires, et cela d'autant plus que l'on se rapproche du lieu où l'alcool est absorbé. Enfin, les plexus veineux de l'œsophage traversent des tuniques musculuses et il en résulte une condition analogue à celle qui produit les hémorroïdes.

La cause occasionnelle de la rupture des varices, peut tenir aux variations de pression considérable qui se produisent dans le domaine des nerfs splanchniques ; ces hémorragies sont d'autant plus considérables que chez beaucoup de ces malades, la maladie du foie a amené l'altération du sang.

Un dernier point semble donner de l'importance à cette cause ; plusieurs fois les varices œsophagiennes et les hématoméoses ont été observées dans des cirrhoses impalpables.

Quoi qu'il en soit, on peut conclure que lorsque, dans le cours de la cirrhose, il survient des hématoméoses, il y a de grandes chances pour qu'elles soient dues à des varices œsophagiennes et, de plus, ces hématoméoses peuvent être le premier symptôme de la cirrhose qui, jusque-là, a évolué à l'état latent. Enfin, les hématoméoses précipitent singulièrement la marche de la maladie, quels que soient d'ailleurs les moyens qu'on emploie pour les combattre.

*(Le correspondant médical).***CHIRURGIE****Traitement de la scoliose.**

Par P. DEROCQUE.

Le traitement de la scoliose habituelle des adolescents varie suivant l'âge du malade, la forme, l'ancienneté de la maladie, le siège de la déviation.

En aucun cas, les corsets dits orthopédiques ne peuvent réduire une déviation rachidienne. Dans bon nombre de cas, l'usage de ces corsets peut aggraver les lésions préexistantes.

Le massage, tout en étant très utile dans le traitement de la scoliose, ne peut à lui seul réduire une déviation rachidienne.

Le but que l'on doit rechercher dans le traitement de la scoliose est de mobiliser le rachis au moyen des exercices orthopédiques, et de le maintenir dans une position corrigée ou même sur-correcte au moyen des corsets orthopédiques (en particulier le corset plâtré).

Le corset plâtré doit être amovible et renouvelé aussi souvent que les progrès thérapeutiques l'exigent.

Le corset plâtré inamovible appliqué chez un scoliotique non mobilisé est un grossier non-sens thérapeutique.

Pour que le traitement d'un scoliotique puisse être entrepris avec succès, il faut que la mobilisation du rachis soit encore possible.

Toutes les fois que cette mobilisation sera impossible, le traitement ne pourra avoir qu'un seul but : empêcher l'aggravation des lésions.

Aussi, le traitement devant être d'autant plus efficace et d'autant moins long qu'il aura été institué plus tôt, le médecin doit-il insister pour faire soigner le plus tôt possible les malades chez lesquels les parents viennent de remarquer la saillie d'une hanche ou d'une épaule.

*(Normandie médicale).***La médication thyroïdienne dans les fractures.**

C'est à Hanau et à Steinlein (Congrès de Francfort, 1895) et surtout à Gauthier (de Charolles) en 1895, que l'on doit l'idée de donner systématiquement du corps thyroïde dans le but d'accélérer la réparation osseuse dans les fractures à consolidation difficile.

Le 6 décembre 1898, M. Quénu rapportait à la société de chirurgie une belle observation de pseudarthrose guérie par la médication thyroïdienne en cinq jours. Dans la même séance, M. Reclus relatait un cas où il avait obtenu un résultat "réellement foudroyant" par l'administration de quelques capsules de thyroïdine. En très peu de temps le cal "fondit" et la consolidation eut lieu ; dans d'autres cas, il avait eu un résultat négatif. M. Folet a relaté depuis des cas analogues.

C'est alors que l'auteur eut l'idée d'employer la médication thyroïdienne. Voici l'observation qu'il rapporte :

“ Le 21 avril dernier, j'étais appelé, comme médecin du chemin de fer, à voir de grand matin un ouvrier qui s'était cassé la jambe en manœuvrant des wagons. Je diagnostiquai une fracture oblique du tibia, fracture siégeant au tiers inférieur, le péroné étant cassé un peu plus haut. Je fis immédiatement transporté le malade à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de mon maître le professeur Folet, où quelques heures plus tard, avant l'apparition de tout gonflement, je lui appliquai un appareil plâtré. Je me proposais de lui mettre un appareil de marche dès le lendemain, mais la besogne étant à ce moment considérable, le malade fut oublié et cet appareil fut mis le sixième jour ; il s'en servait d'ailleurs avec une grande agilité, allait, venait dans les salles, montait et descendait les escaliers pour se rendre au jardin. Dès le lendemain de son accident, on donna par jour trois capsules de corps thyroïde, dosées à 20 centigrammes. Je me proposais d'examiner le degré de solidité le quinzième jour, mais cet examen ne fut pratiqué que le dix-septième jour, c'est-à-dire le lundi 8 mai. Nous ne fûmes pas peu étonnés de constater que la jambe était solide. Tout appareil fut supprimé et le malade autorisé à se lever. Je le fis venir le vendredi suivant à la Société de médecine, et montrai en même temps la radiographie de sa fracture, dont les fragments très obliques étaient bien coaptés. Il était à ce moment au vingt-deuxième jour de sa fracture. ”

(*Gazette des hôpitaux*).

Traitement des plaies pénétrantes de poitrine.

Par LUCAS CHAMPIONNIÈRE.

Les plaies pleuro-pulmonaires mettent en danger la vie par l'hémorragie immédiate et par un ébranlement nerveux très particulier.

La mort rapide, presque foudroyante, peut résulter de ces accidents si le mouvement les exagère et le moindre mouvement contribue à empirer les hémorragies.

Au contraire, l'immobilité du corps, du larynx, de la bouche même contribue à arrêter rapidement ces accidents.

Les accidents secondaires et infectieux des plaies de poitrine sont relativement rares toutes les fois qu'on ne les a pas infectés par les doigts, les instruments ou les liquides infectés.

L'abstention systématique et sans transition est donc le véritable traitement des plaies de poitrine.

Les injections de serum peuvent donner un précieux appoint à ce traitement. Les injections de morphine peuvent jouer un rôle capital dans le traitement.

Ces règles sont applicables à tous les traumatismes du thorax, à toutes les plaies de poitrine.

Elles méritent d'être rappelées à tous les médecins qui assistent à des duels. La terminaison fatale, déjà rare après des rencontres, deviendrait certainement plus rare encore si elles étaient fidèlement observées.

(*Journal de médecine et de chirurgie prat.*)

Lésions radiographiques.

Le docteur Williams, de Boston, conseille, pour éviter les lésions causées par les rayons X, de prendre les précautions suivantes : — Quand on se sert du fluoroscope, il faut placer le tube de Crookes à deux ou trois pieds du patient ; lorsque l'on prend une photographie, le tube doit être à trois pieds et plus de la plaque. Comme l'a conseillé Tesla, il faut interposer entre le patient et le tube un écran mince d'aluminium, mis en rapport avec le sol par un fil convenable relié à un tuyau à gaz.

(*New York Medical Journal*).

GYNECOLOGIE

Traitement des polypes de l'utérus.

Par M. le docteur SEBILÉAU.

Il divise les polypes en quatre groupes : polypé visible à petit pédicule ; polype visible à pédicule moyen ; polype caché ; polype visible ou caché à large pédicule.

1° *Polype visible à petit pédicule.* Il suffit dans ce cas de le saisir dans le vagin entre les mors d'une pince et de le tordre plusieurs fois sur lui-même : il se détache tout seul, séance tenante.

2° *Polype visible à pédicule moyen.* Si le pédicule ne semble pas devoir, en raison de son volume, se déraciner par la simple torsion, on dilate le canal cervical avec des tiges de laminaire, et on coupe avec des ciseaux courbes le pédicule, préalablement tordu.

3° *Polype caché.* Il faut encore pratiquer la dilatation du col ; elle permet de vérifier le diagnostic, et d'agir comme il vient d'être dit si le pédicule n'est pas trop gros ; si le contraire a lieu, le cas rentre dans la quatrième catégorie.

4° *Polype, caché ou visible, à large pédicule.* Quand le polype est attaché sur l'utérus par un large pédicule — que la largeur de ce pédicule ait été constatée sans intervention préalable, comme cela peut se faire si la tumeur est enfouie dans le canal cervical — ou bien quand la dilatation déjà essayée a été impossible, il faut renoncer à l'opération par les voies naturelles et pratiquer des incisions libératrices sur l'utérus.

a) La double section verticale, allant du museau de tanche à la ligne d'insertion du vagin sur le col, est mal commode et souvent insuffisante, car la partie supérieure du canal cervical, l'isthme, reste fermée à l'exploration et aux manœuvres.

b) Il faut, à cette opération, préférer la section médiane de l'utérus, après incision transversale du cul-de-sac vaginal antérieur sur le col et décollement du péritoine aussi haut que le nécessite l'étendue de la section de la paroi utérine, étendue qui est elle-même commandée par le point d'implantation du polype.

C'est la méthode de choix du traitement des polypes utérins à gros pédicule.

(*Gazette de gynécologie*).

De la péritonite blennorragique chez la petite fille.

La vulvo-vaginite, très fréquente chez la petite fille, peut se compliquer, assez rarement il est vrai, de péritonite par continuité des muqueuses. Cliniquement, cette péritonite se présente sous les trois types suivants : péritonite aiguë généralisée grave ou bénigne, localisée, chronique.

Les signes principaux des deux premières formes sont des douleurs abdominales spontanées ou à la pression, s'accompagnant de météorisme, de vomissements alimentaires ou bilieux. La température est élevée, le pouls petit et fréquent. La malade présente un faciès péritonéal. Dans la forme bénigne, ce sont plutôt des symptômes de péritonisme que de péritonite vraie. La forme chronique passe inaperçue de la malade et de son entourage.

Il faut, chez toute fillette atteinte de péritonite de cause inconcue, nous dit M. ROUSSEAU, dans sa thèse, rechercher la vulvo-vaginite, qui est un signe de probabilité. La découverte du gonococque dans l'exsudat péritonéal (signe inconstant) est un signe de certitude.

Le pronostic est grave quelquefois dans la péritonite généralisée, qui comporte aussi une forme bénigne, mais la guérison peut s'accompagner d'oblitération des trompes et par suite de stérilité.

Le traitement sera d'abord prophylactique. C'est-à-dire que toute vulvite des petites filles sera traitée comme une affection sérieuse.

La péritonite étant déclarée, si elle semble bénigne, elle sera traitée médicalement (sanguées, cataplasmes laudanisés, glace sur le ventre, opium, diète, etc.). Est-elle grave ? Dès que le pouls devient fréquent, faites la laparotomie médiane ; opérez vite pour éviter le shock et servez-vous de compresses aseptiques sèches et chaudes pour ne pas refroidir la masse intestinale. Plus l'intervention sera précoce, plus grandes seront les chances de succès.

(Abeille méd.)

PÉDIATRIE

Hémiplégie spasmodique infantile.

Par le Dr ALBERT MILLS.

Messieurs, la malade dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui est atteinte d'une affection qui présente en même temps qu'un syndrome clinique très précis, une certaine rareté. Il s'agit d'une hémiplégie spasmodique infantile, affection qui trouve son siège dans les centres psychomoteurs de l'écorce cérébrale et non pas comme le nom d'hémiplégie pourrait le faire supposer dans les couches optiques, les corps lenticulo-striés ou la capsule interne.

Avant d'arriver à la description des symptômes du cas qui nous occupe je désirerais vous dire quelques mots de l'histoire de cette maladie. — C'est Heine qui, le premier en 1860, attira l'attention sur ce syndrome clinique en rapprochant sa symptomatologie de celle de la paralysie spinale infantile. Il faut arriver à Charcot et à ses élèves pour trouver une étude approfondie de cette maladie. Je vous engage beaucoup, messieurs, à rechercher dans le traité des maladies de l'enfance de D'Espine et Picot, la description clinique du cas qui nous occupe, elle y est faite d'une façon magistrale, et fut publiée par D'Espine pour la première fois en 1884.

Les lésions anatomiques observées sont, comme nous vous l'avons dit et comme Wallenberg l'a constaté dans 48 autopsies, d'ordre corticale, la lésion est généralement cantonnée dans les circonvolutions centrales, aux environs de la scissure de Rolando. Les lésions corticales prédominent de beaucoup sur les lésions optico-striées. Dans la relation de ses 48 cas Wallenberg prétend avoir trouvé trois fois la lésion primitivement centrale, à quatre reprises la lésion était à la fois corticale et centrale et une fois elle était décelable au niveau de l'isthme et du bulbe. Voici quels sont les symptômes présentés par notre petite malade :

Georgina B..., âgée de 6 ans, entre dans nos salles le 12 février 1899. Elle présente du côté de la jambe droite tous les symptômes d'un pied bot varus équin avec atrophie des muscles jumeaux. L'équinisme l'emporte de beaucoup sur la position en varus. Ceci n'est pas la règle ordinaire et fait pressentir que l'origine du pied bot est paralytique. A gauche les muscles à la partie moyenne de la jambe mesure 20 centimètres de pourtour et ne présente que 19 centimètres du côté malade. Le gros orteil est relevé et se porte en extension et en adduction exagérées par suite de la parésie du long péronnier latéral, des muscles fléchisseurs des orteils et en particulier du gros orteil. La parésie de ces muscles amène, en même temps qu'un effondrement de la voûte plantaire, un excès d'action des muscles, jambier antérieur et extenseur propre du gros orteil. Le gros orteil fait comme vous pouvez l'observer, sur le dos du pied un véritable crochet.

La main du côté droit est en pronation et en extension exagérée, au point que la face palmaire regarde en dehors, en avant et en haut. Le pouce de la main et un peu aussi les doigts, sont en extension exagérée. Par suite de quels troubles musculaires, cette position est-elle acquise ? Il y a évidemment ici parésie du muscle long supinateur ; parésie du muscle fléchisseur propre du pouce, ame-

nant comme corrolaire une puissance excessive des muscles extenseurs des doigts, du pouce particulièrement et surtout du muscle grand rond ou rond pronateur.

Nous voyons, que les troubles musculaires au membre supérieur et au membre inférieur, se produisent dans des territoires qui ont une grande similitude fonctionnelle, ce fait appelle tout de suite l'attention vers une localisation cérébrale de la lésion, l'unilatéralité des symptômes observés aussi bien que leur entrecroisement en ce qui concerne la face et les membres sont autant d'indications dans le même sens. Si nous interrogeons les réflexes nous constatons que les réflexes tendineux sont conservés et mêmes exagérés du côté malade.

Cette constatation concourt encore à éloigner l'idée de donner à l'affection une origine spinale. Au point où nous en sommes de notre examen clinique, nous pouvons affirmer que l'affection possède son siège pathologique dans le cerveau et non pas dans les centres de la base, couches optiques ou corps lenticulo-striés mais, dans l'écorce même ; dans les centres psychomoteurs. Dans le domaine des nerfs crâniens nous n'observons que de légers troubles dans la région de distribution du facial inférieur, les plis labial et nasal du côté gauche sont légèrement effacés — symptômes négatifs, pas de troubles pupillaires, ni linguaux. Nous ne relevons pas de traces d'aphasie, nous n'avons pas constaté non plus d'épilepsie. L'intelligence est parfaite. Comme symptôme subjectif, l'enfant se plaint assez souvent de douleurs dans les régions musculaires contracturées.

Le courant faradique électrique indique un degré de contractilité normal du côté sain, légèrement diminué du côté malade.

Traitement : Le traitement de cette affection est surtout local et consiste en applications électriques et orthopédiques. Lorsque la forme de l'affection est atrophique tout traitement est inutile — lorsque la contracture n'est pas trop intense, comme c'est le cas chez notre petite malade, l'électricité et la ténotomie suivies d'une contention parfaite dans un appareil plâtré apporte une grande amélioration ; c'est ce qui a été fait, pour vaincre l'équinisme ; la section du tendon d'Achille a été faite et le pied, journellement redressé sous le chloroforme a été mis dans un bandage plâtré. Les muscles parésés sont électrisés et massés, et une grande amélioration a été constatée déjà. Nous avons dû même pour obvier à un état de pied talus déjà acquis, mettre un nouveau bandage.

La pathogénie de cette maladie est fort obscure, tous les auteurs vous le diront ; d'après les renseignements fournis l'enfant aurait eu à la suite d'une forte émotion des convulsions et cet état en serait résulté ; nos investigations dans cet ordre d'idée n'ont pu être poussées très loin.

Cette affection est quelquefois due à un traumatisme, et vous comprendrez dès lors, le peu d'empressement que mettent des parents à vous fournir des renseignements.

(Abeille médicale).

Méningite scarlatineuse.

Société médicale de Leipsig.

M. PASSLER. — Pendant l'hiver 1898-1899 et pendant le printemps de 1899, on a reçu à la clinique de la Faculté de Leipzig 57 cas de scarlatine, dont 21 chez des enfants âgés de moins de 14 ans.

Trois de ces malades ont présenté des symptômes nerveux extrêmement graves : 2 d'entre eux, une fille de 20 ans et une autre de 18 ans, ont succombé.

Les symptômes cérébraux qu'on peut observer dans la scarlatine se présentent sous deux formes : dans l'une ils sont les mêmes que dans toutes les maladies infectieuses aiguës : céphalalgie, somnolence, coma, agitation, jactation, délire, convulsions chez les petits enfants, vomissements plus fréquents chez les adultes.

Dans la seconde forme, à côté des phénomènes qui viennent d'être cités, on observe encore des symptômes méningitiques : raidement de la nuque, trismus, phénomènes pupillaires, quelquefois paralysie faciale, plus rarement encore paralysies passagères des membres. Ce tableau est complété par une respiration irrégulière, le ventre en bateau, les troubles de la sensibilité.

Dans la première forme, les symptômes cérébraux doivent être attribués à l'action sur le système nerveux soit du virus spécifique, soit des toxines formées dans et par l'organisme malade.

Les phénomènes méningitiques proprement dits qu'on rencontre dans la seconde forme ont une origine variable.

Dans le plus grand nombre de cas il s'agit de méningites suppurées d'origine otique ; dans d'autres, on trouve des abcès métastatiques dont le point de départ sont les ganglions suppurés du cou. Dans les cas compliqués d'urémie, il existe ordinairement une méningite fibrineuse analogue aux inflammations fibrineuses, d'autres séreuses (péricarde), qu'on trouve dans l'urémie.

Il est relativement très rare de voir les symptômes méningitiques apparaître comme cause directe de l'infection scarlatineuse grave. On les voit alors survenir soit à l'acmé de la fièvre, soit même avant l'éruption, et amener à elle seule la mort.

Or dans ces cas, les lésions des centres nerveux qu'on trouve à l'autopsie sont minimales et n'expliquent guère la violence des symptômes observés pendant la vie.

Ainsi chez la malade qui a présenté des symptômes méningitiques manifestes, on a trouvé à l'autopsie des lésions indiquant seulement un début de méningite. Il existait notamment sous la pie-mère de nombreuses hémorragies, situées principalement au niveau des vaisseaux qui, avec la pie-mère, s'engagent dans les sillons entre la circonvolution. Dans la pie-mère elle-même on trouvait partout des foyers d'infiltration de cellules rondes.

Dans ce cas, par conséquent, les lésions anatomiques étaient trop peu prononcées pour pouvoir attribuer les symptômes cliniques à l'action mécanique de l'exsudat qui était peu abondant. Ce fait montre pourtant que les symptômes méningitiques observés pendant la vie doivent être attribués non seulement à la gravité de l'infection générale, mais aussi à l'action d'un agent nocif spécial agissant directement sur la pie-mère.

Chez la seconde malade qui a succombé avec des symptômes cérébraux, mais sans phénomènes méningitiques, on a trouvé de petites hémorragies nombreuses sous la pie-mère, qui, par places, pénétraient dans la substance cérébrale. Il n'y avait nulle part de symptômes inflammatoires accentués.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

THERAPEUTIQUE

Le cacodylate de soude dans la pratique médicale, d'après les plus récents travaux.

Nous avons eu l'occasion, au sujet des communications de MM. Renaud et Armand Gauthier à l'Académie de médecine, de M. Danlos à la Société médicale des hôpitaux, de parler déjà de la médication cacodylique. Maintenant que tout ce qui était à dire pour l'instant sur la question a été dit, il nous semble utile, en attendant de nouvelles expériences, de réunir en un même chapitre les indications nécessaires pour l'emploi de ce médicament.

Rappelons que l'acide cacodylique contient 54,3 d'arsenic, ce qui, sous la forme de cacodylate de soude, correspond à 72 p. 100 d'acide arsénieux. Ce médicament n'est pas toxique, il ne provoque aucun accident d'arsénisme. D'après M. Heyem, il peut être toléré jusqu'à la dose de 1 gramme.

Indications. — Tuberculose pulmonaire, anémies graves, impa-

ludisme, diabète avec tendance à la dépression. Goitre exophtalmique, leucémie, leucocythémie. Certaines dermatoses : psoriasis, lichen plan. Amélioration dans le lupus érythémateux et la maladie de Dürhing.

Inconvénients. — Saveur désagréable et persistante ; donne une odeur aliacée à l'haleine, peut causer des coliques avec diarrhée, bien que M. Gautier n'en ait pas observé. M. Balzer a observé à la suite de ce médicament l'apparition de dermatites érythémateuses. Pourrait également occasionner de l'intoxication. M. Danlos signale, en outre, une cause d'erreur en médecine légale, l'arsenic pouvant se retrouver dans les organes à la suite de l'emploi du cacodylate de soude.

Mode d'emploi. — M. Danlos recommande la voie buccale, M. Renaut la voie rectale. La voie hypodermique enfin semble donner les meilleurs résultats (A. Gautier, Danlos).

I. VOIE BUCCALE. — M. Danlos formule :

Cacodylate de soude.....	2 grammes (30 grs.)
Rhum.....	} àà 20 — (5 drachmes.)
Sirup de sucre.....	
Eau distillée.....	60 — (15 —)
Essence de menthe.....	II gouttes.

Mélez.

Une cuillerée à café renferme 10 centigrammes de cacodylate de soude.

Ou :

Cacodylate de soude.....	10 centigrammes (1½ gr.)
Extrait de gentiane.....	Q. S.

Pour une pilule.

Ne pas dépasser 40 centigrammes (6 grs.) par jour pour les hommes, 30 (5 grs.) pour les femmes, pendant quinze jours.

II. VOIE RECTALE. — M. Renaut formule :

1° Solution faible.

Eau distillée.....	200 grammes (6½ onces.)
Cacodylate de soude.	25 — (6½ drachmes.)

2° Solution forte.

Eau distillée.....	200 grammes (6½ onces.)
Cacodylate de soude..	40 — (10½ drachmes.)

Injecter le contenu d'une seringue de 5 centimètres cubes deux fois par jour pendant six jours, trois fois par jour pendant dix jours, puis faire reposer le malade pendant trois à cinq jours et reprendre une nouvelle série.

III. VOIE HYPODERMIQUE. — M. Danlos formule :

Chlorhydrate de morphine.....	25 milligr. (1/3 gr.)
— de cocaïne.....	10 centigr. (1½ gr.)
Chlorure de sodium.....	20 — (3 grs.)
Cacodylate de soude.....	5 grammes (1½ drachme.)
Eau phéniqué à 5 p. 100.....	II gouttes.
Eau distillée.....	Q. S. p. 100cc.

Chaque centimètre cube contient 5 centigrammes (5/7 gr.) d'acide cacodylique.

M. Gauthier conseille :

Acide cacodylique.....	5 grammes (1½ drachme.)
------------------------	-------------------------

Saturer complètement l'acide par le carbonate de soude et ajouter :

Chlorhydrate de cocaïne.....	8 centigr. (1 grain.)
Créosote dissoute en 8 grammes d'alcool.....	VI gouttes.
Eau distillée stérilisée.....	Q. S. p. 100cc.

Chaque centimètre cube contient 5 centigrammes d'acide cacodylique.

Ne pas dépasser 10 centigrammes par jour pour les injections hypodermiques. La dose moyenne étant de 2 à 5 centigrammes par vingt-quatre heures. Répéter pendant huit jours, puis suspendre durant une semaine. Reprendre ensuite. M. Danlos a pu donner ainsi des quantités relativement considérables de cacodylate de sodium sans accident. (*Gazette des hôpitaux*).

Sérum du lait de vache.

M. LEREBoullet entretient l'Académie des résultats qu'il a obtenus à l'aide d'une médication sérothérapique nouvelle dont la première idée appartient à M. le Dr Gimbert (de Cannes). Il s'agit du sérum de lait de vache, c'est-à-dire d'un petit lait neutralisé et stérilisé que l'on injecte à doses progressives et qui semble produire des résultats inespérés au point de vue de la reconstitution dans les maladies dont la débilité et la déchéance organique sont le caractère principal.

M. Lereboullet donne la composition et le mode de préparation du sérum de lait que M. Gimbert a fait faire par M. Tajasque, pharmacien à Cannes. Il indique ensuite le mode de préparation qu'emploie M. Dumouthiers, pharmacien à Paris. Il analyse les effets physiologiques de ces sérums et insiste sur les réactions individuelles, c'est-à-dire sur les accidents fébriles et les poussées d'urticaire qu'ils déterminent parfois. Puis il passe en revue les maladies dans lesquelles l'injection hypodermique du sérum de lait a donné des résultats satisfaisants. Ces maladies sont tout d'abord les neurasthénies graves, puis les anémies de la convalescence, ensuite les tuberculisations pulmonaires au début. Dans les cas de neurasthénie ou d'anémie grave avec amaigrissement prononcé, M. Lereboullet associe aux injections de sérum de lait des injections sous-cutanées d'huile arséniquée et il a obtenu ainsi, dans un certain nombre de cas, des succès rapides et durables. Dans les maladies graves nécessitant l'emploi de médicaments variés (strychnine, ergotine, quinine, etc.), le sérum de lait et l'huile stérilisée sont d'excellents véhicules qui permettent, sans aucun danger ni aucune douleur, d'employer la méthode hypodermique pour l'administration de ces agents thérapeutiques.

M. PINARD, depuis longtemps déjà, a constaté la très heureuse influence du sérum de Chéron injecté chez des enfants débiles. Il faut savoir d'autre part combien il est dangereux d'injecter du sérum chez les albuminuriques. On peut donc observer des symptômes d'asphyxie ou des troubles du côté du cœur, sauf chez les albuminuriques, chez lesquels on a pratiqué préalablement une saignée. (*France médicale*).

Lupus vorax. Traitement par les applications locales de gaiacol. Guérison.

Par DESPLATS.

M. Desplats, au nom de M. Victor Leplat (de Wattrelos), lit les observations de 2 malades atteints de lupus vorax, chez qui M. Leplat a eu l'idée d'employer les applications locales de gaiacol, après avoir lu les travaux publiés par M. Desplats sur l'anesthésie produite par le gaiacol. La première observation est celle d'une jeune fille qui entre dans son service après avoir été, en Belgique, traitée inefficacement par le fluorure de sodium. Comme le montre une photographie, les 2 joues sont ulcérées ; la commissure gauche des lèvres et l'aile du nez correspondante sont détruites.

Le 25 février 1898, la malade est chloroformisée pour déterger avec la curette les parties envahies. Puis l'on commence le traitement par le gaiacol : 2 fois par 24 heures on applique sur les lésions du gaiacol et partie égale de glycérine ; on recouvre de tartalane et de taffetas.

La malade suit en même temps un traitement général reconstituant. Six semaines après, la cicatrisation est presque complète, sauf à l'intérieur de la commissure des lèvres où l'on voit une petite ulcération. Un mois plus tard la guérison est complète. Comme on le voit sur une photographie, le visage de la malade a repris un aspect naturel.

La seconde observation est celle d'un garçon de 11 ans entré à l'hôpital de Wattrelos le 1er mars 1898, pour un lupus dévorant toute la joue gauche jusqu'au milieu du cou, datant de 4 ans et traité de différentes manières. Les lésions étaient tellement avancées que, pendant le curetage, par 2 fois, la curette traversa la joue. Même *modus faciendi*, et en 4 mois la cicatrisation est complète ; mais la peau reste lisse et rouge. Plusieurs mois après, la guérison s'est maintenue. Des photographies, prises avant et après le traitement, permettent de constater les bienfaits de ces applications locales de gaiacol. (*Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*)

Le traitement de la suppuration par la nucléine.

M. Courtney, dans dix cas de septicémie, a obtenu de très bons résultats par l'emploi de la nucléine ; il n'en a perdu qu'un. En résumé, il dit : 1° le médicament doit être administré du moment que l'on soupçonne la maladie ; il ne faut pas attendre les symptômes classiques ; 2° la nucléine, dans ces cas, doit se donner par la voie hypodermique, se servant de la solution à 1 % et injectant au moins 30 à 40 gouttes, non diluées, toutes 3 ou 4 heures.

(*Medical News*).

REVUE DES LIVRES

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHO-PATHOLOGY.

Nous accusons réception du quatrième numéro de cette excellente publication ; nous y trouvons entre autres des études fort intéressantes sur l'acromégalie, par les docteurs Brooks, Holden, Hutchings.

A MANUAL OF SURGICAL TREATMENT, by Watson Cheyne and F. Burghard. 1899. Chez Lea Brothers & Co.

Le premier volume de cet ouvrage, en six volumes, vient de paraître. Si les auteurs suivent la même marche dans les volumes à venir, nous aurons un des traités de chirurgie les plus utiles qui aient encore paru. La partie pathologique est restreinte et les développements portent sur le côté pratique : le traitement. Les gravures n'ont pas de luxe, mais sont absolument pratiques et instructives. Entre autres il y a un excellent chapitre par Dr F. J. Silk sur l'anesthésie. L'inflammation, la suppuration, la technique opératoire, etc., sont des sujets traités d'une façon on ne peut plus pratique.

LA CHIRURGIE DE L'ESTOMAC, par F. Terrier et Hartmann, Paris, Steinheil, 15 frs.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA MOELLE, par Grasset. — Paris, Baillière et Fils, 1.50 fr.

ATLAS. MANUEL DES MALADIES VENERIENNES, par Mracek et Emery. — Baillière & Fils, 20 frs.

AIDE-MEMOIRE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, par P. Lefort. — Paris, Baillière & Fils, 3 frs.

DE LA GASTRO-ENTERITE AIGUE DES NOURRISSONS, par A. Lesage. — Paris, Masson & Cie, 1.25 fr.

HYGIENE DES MALADIES DU CŒUR, par Vaquez. — Paris, Masson, 4 frs.

FORMULAIRE

LUMBAGO. — Brodie.

R.	Iodure de potassium.....	½ drachme.
	Teinture d'opium déodorisé.....	2 —
	Esprit de lavande eo.....	1 —
	Esprit d'éther nitreux.....	½ once.
	Eau distillée.....	12 —

M. Dose : Deux cuillerées à soupe deux fois par jour.
(*Medical Record.*)

DYSENTERIE DES ENFANTS. — Guidy.

	Sulfate neutre d'alumine et de potasse.....	5 drachmes.
	Acétate de plomb.....	1½ —
	Beurre de cacao.....	5 —
	Cire fondue.....	20 gouttes.

Diviser en dix suppositoires. — Une toutes les 3 ou 4 heures.
(*J. de méd. de Paris.*)

CARIE DENTAIRE. — Dauchez.

	Orthoforme.....	15 grains.
	Acide phénique.....	15 —
	Camphre.....	75 —
	Hydrate de Chloral.....	75 —

Introduire dans la dent sur une boulette de ouate.
(*Scalpel.*)

CALVITIE. — Barie.

P.	Acide muriatique.....	1 drachme.
	Alcool q. s. pour.....	4 onces.

En friction tous les soirs.
(*The Doctor.*)

OTITE AIGUE. — Solt.

P.	Ichtyol.....	15 grains.
	Glycérine.....	2 drachmes.
	Eau distillée.....	2 —

Quelques gouttes dans l'oreille trois fois par jour.
(*Le Progrès méd.*)

LIMONADE POUR LES DIABÉTIQUES.

P.	Acide citrique.....	1 drachme.
	Glycérine.....	1 à 2 onces.
	Eau.....	1 pinte.

(*The Doctor.*)

QUESTIONS ET REPONSES

Note de la rédaction. — Nous demandons à nos lecteurs, qui veulent bien s'adresser à nous pour des informations sur des sujets scientifiques, de toujours signer d'un pseudonyme leurs questions, afin d'éviter de nombreuses erreurs.

La réponse à la deuxième question, nous étant parvenue au moment où nous mettions le journal sous presse, paraîtra dans le prochain numéro.

1° QUESTION. — Quelle est la manière la plus simple, la plus pratique et en même temps la plus sûre de doser l'urée ?

RÉPONSE. — Plusieurs méthodes ont été préconisées pour doser l'urée ; elles sont toutes basées sur le même principe, c'est-à-dire sur la décomposition de l'urée en volumes égaux d'azote et d'acide carbonique, avec formation de bromure de sodium et d'eau.

Mais, parmi toutes ces méthodes, comme le dit Vieillard, *celles qui sont pratiques sont peu exactes, et au contraire celles qui sont exactes sont peu pratiques.*

Donc, nous laisserons de côté les uréomètres d'Yvon, de Noël, de Regnard, de Mehu, de Thierry, etc., qui exigent pour la clinique journalière beaucoup trop de temps, et nous nous occuperons que de l'uréomètre Doremus (1) qui donne d'une manière assez précise la proportion d'urée.

Cette méthode est très rapide, excessivement facile, et, ce qui n'est pas à dédaigner, peu dispendieuse.

Voici le procédé usité :

1° Faire une solution d'hydrate de soude, composée de cette manière : 100 grammes d'hydrate de soude pour 250 cc. d'eau, ou 6 onces pour une pinte d'eau.

2° Vous remplissez de cette solution jusqu'au trait, et vous ajoutez de l'eau pour remplir tout le long tube et une partie de bulbe.

3° Vous prenez avec une pipette 1 cc. de brome que vous mélangez avec la solution déjà placée dans l'uréomètre, en ayant soin de ne pas laisser d'air dans le long tube.

4° Puis, avec une pipette, vous ajoutez 1 cc. d'urine, lentement.

5° Aussitôt que l'urine est en contact avec cette solution d'hypobromite de soude, l'azote et l'acide carbonique se dégagent.

6° Les divisions marquées sur le long tube donneront la proportion de milligrammes d'urée pour un cc. d'urine ou de grains d'urée pour une once d'urine.

Pour faire l'analyse d'une manière plus satisfaisante au point de vue clinique, on devra employer de préférence la première urine du matin.

JEAN.

3° A quoi peut-on attribuer les phlyctènes qui apparaissent sur le corps des nouveau-nés, une semaine après leur naissance ?

X.

4° Quels sont les articles du code civil de la Province de Québec protégeant le médecin sur l'inviolabilité du secret professionnel devant les cours de justice ?

LIX.

5° Existe-t-il un remède spécifique contre la coqueluche ? Sinon, quels sont les principaux médicaments à employer dans ce cas ?

PAUL.

NOUVELLES.

The American Association of obstetricians and gynecologists tiendra sa douzième réunion annuelle à Indianapolis, Ind., les 19 20 et 21 de septembre 1899.

Tous les médecins sont cordialement invités à ses séances.

La Mississippi Valley Medical Association s'assemble à Chicago, les 3, 4, 5 et 6 d'octobre prochain pour sa vingt-cinquième réunion annuelle. On dit que le président des États-Unis, l'amiral Dewey, le Premier du Canada et le président Diaz du Mexique honoreront le congrès de leur présence.

(1) Par le docteur Chs. Doremus, professeur adjoint de chimie et de toxicologie au collège médical de l'Hôpital Bellevue, New-York.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX.....	57
Traitement des hydarthroses par l'acide phénique, par M. T. Brennan, M. D.	
REVUE DES JOURNAUX.....	57
Alcoolisme et tuberculose, par Espina y Capo. — Le cœur chez les phtisiques, par le M. Dr. S. Bernheim. — Les luxations totales de l'astragale, par Georges Luys (suite). — De l'hystérectomie vaginale contre l'infection aiguë puerpérale. — De l'enchatonnement du placenta, par J. Audebert, (suite). — Irritabilité des voies urinaires. — Consultation de nourrissons. — Syphilis réfractaires au traitement. — Le traitement du chancre mou. — Traitement des céphalalgies syphilitiques par l'iodure de potassium en lavement, par Solari. — Les psychoses traumatiques, par M. Pierre Meysan. — Hystérie mâle. Etats de double conscience, par Baroncini. — Médicaments interdits aux nourrices. — De l'usage de la capsule surrénale dans les maladies du nez et de la gorge, par le Dr. C. Sharp, New-York. — La coloration du gonocoque. — La trichinose. — Le bacille du smegma. — Le Sudan III. — Angines diphtéroïdes.	
FORMULAIRE.....	63
QUESTIONS ET REPOSES.....	63
NOUVELLES.....	64

Travaux Originaux

Traitement des hydarthroses par l'acide phénique.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

Depuis plusieurs années je traite les hydarthroses soit simples, soit liées à une tare constitutionnelle (tuberculose, ataxie, etc.), par l'acide phénique et cela avec de bons résultats ; bon nombre de cas ont cédé presque uniquement à ce traitement et très rapidement, entre autres un cas d'hydarthrose énorme des deux genoux survenu chez une tuberculeuse à la suite de surmenage de danse.

J'emploie l'acide phénique liquide, dit pur ; j'imbibe un petit tampon de coton hydrophile et je fais autour de l'articulation des raies d'environ un centimètre de large et espacées d'une couple de centimètres. J'applique de une à trois couches ; il ne faut pas cauteriser trop ; une première application faite, on attend l'apparition de la couleur blanche, qui plus tard devient brune.

Le badigeonnage n'est guère douloureux ; les enfants le supportent bien ; on fait un pansement à la vaseline boriquée. Les applications se renouvellent tous les cinq ou huit jours, en faisant de nouvelles raies sur la peau saine.

Ce traitement, aidé de la compression élastique légère, suffit souvent seul, mais il est activé par l'emploi de moyens adjuvants.

Comme il est de toute importance de guérir le plus tôt possible toute hydarthrose, car elle peut devenir un foyer pour le développement de lésions beaucoup plus graves, il convient au chirurgien de faire agir de front tous les moyens qui tendent vers un même but, la guérison : Les ressources ordinaires sont la compression, la ponction, le drainage capillaire, les altérants, le traitement général. La compression est l'adjuvant par excellence des autres moyens ; elle se fait par des bandelettes de diachylon imbriquées, par le bandage compressif à la flanelle souvent resserré dans la journée, par les appareils plâtrés légers, bien moulés sur l'articulation et souvent

changés ; ces appareils ont l'avantage de faire l'immobilisation de l'article.

Les frictions avec des onguents résorbants à base de lanoline (iodure de potassium, iodure de plomb, belladone, etc.) suivies de massage centripète, les bandelettes de Vigo imbriquées sont utiles. Lorsque l'épanchement est considérable, la ponction aspiratrice rend de grands services, précédant l'usage de l'acide phénique et la compression, à la condition d'être faite avec une asepsie rigoureuse.

Le drainage capillaire est des plus utiles ; dans certains cas rebelles il m'a bien aidé. Il se fait avec un trocart filiforme, muni d'une canule et d'un tube capillaire en caoutchouc ; la petite canule laissée à demeure est entourée de collodion au traumatol à l'endroit où elle pénètre dans la peau, et le tube en caoutchouc est enveloppé de coton hydrophile aseptique contenu dans un sac imperméable, le tout maintenu par un pansement lâche aseptique. De cette façon, l'écoulement se fait dans un milieu absorbant, aseptique, propre, que l'on enlève aussitôt qu'il est complètement imbibé — et l'air extérieur est bien filtré. Ce drainage peut être maintenu plusieurs jours ; puis on badigeonne à l'acide phénique et on fait de la compression élastique.

Il n'y a que pendant le drainage capillaire que le patient doit être au repos complet. Pendant tout autre traitement ordinaire il prend de l'exercice modéré au grand air, à la campagne.

Le traitement par la chaleur sèche, à 200°, 350° F., ne m'a pas donné encore les résultats que j'en attendais.

Le traitement constitutionnel ne sera pas négligé : iode, altérants, glycophosphates, sulfate et chlorure de calcium, manganèse, diète généreuse, etc. ; mais n'oublions pas les badigeonnages à l'acide carbolique pur.

Revue des journaux

MEDECINE

Alcoolisme et tuberculose.

Par ESPINA Y CAPO.

L'alcoolisme est plus grave devant la tuberculose que devant la syphilis, le diabète ou le paludisme. Il ouvre la porte au bacille par tous les moyens : destruction de la défense épithéliale des organes (poumons, reins, etc.), dénutrition générale, anémie par l'action nocive spéciale sur l'appareil digestif, hypoglobulie par l'action directe sur les hématies. La tuberculose une fois constituée se complique plus fréquemment et beaucoup plus tôt de diarrhée dans l'alcoolisme, elle prend fréquemment aussi la forme emphysemateuse, c'est l'union de deux causes de dyspnée, comme l'union de deux causes d'irritation laryngée. L'influence dégénératrice de l'alcoolisme sur les vaisseaux produit aussi la forme hémorragique. Le vaisseau est attaqué en dehors par la tuberculose, en dedans par l'alcoolisme. Il n'y a d'ailleurs pas à hésiter dans ces cas, il faut faire arriver le malade graduellement mais rapidement à l'abstinence.

(Le progrès médical).

Le cœur chez les phtisiques.

Par le M. Dr S. BERNHEIM.

Il résulte de l'étude de l'auteur qu'un tuberculeux peut présenter deux sortes de lésions du cœur : 1° des désordres organiques non bacillaires ; 2° des lésions spécifiques.

Les lésions non spécifiques sont : l'atrophie, l'hypertrophie, la dilatation du cœur droit, la dégénérescence graisseuse et la surcharge graisseuse, l'abaissement de la tension artérielle, la tachycardie.

Les lésions spécifiques sont : la péricardite tuberculeuse, l'endocardite tuberculeuse, la myocardite tuberculeuse.

L'auteur a établi que :

1° *L'atrophie* est un signe pouvant exister avant l'infection ou se produire par suite de la cachexie tuberculeuse. Elle n'est pas plus fréquente chez les sujets à tare héréditaire que chez les sujets indemnes. Elle ne constitue pas un état de réceptivité, mais au cours de la phtisie, il faut la considérer comme un symptôme grave, car elle met le phtisique en état d'infériorité de défense.

2° *L'hypertrophie* est due à des complications, c'est un indice de cachexie lente.

3° *La dilatation du cœur droit* est fréquente ; elle se caractérise quelquefois à l'auscultation par des signes d'insuffisance tricuspide.

4° *La dégénérescence graisseuse* est très rare. *La surcharge graisseuse*, impossible à diagnostiquer, est grave ; elle peut entraîner la mort subite.

5° *L'abaissement de la tension artérielle* est un des signes précoces et presque constants de la tuberculose. Le relèvement de cette tension, chez un tuberculeux manifeste, est un signe d'amélioration et fait entrevoir que le malade est curable.

6° *La tachycardie* assez fréquente dans la tuberculose est un signe de probabilité et non de certitude ; elle a une valeur diagnostique relative mais dont il ne faut pas exagérer l'importance ; elle est d'autant plus grande qu'elle apparaît plus tôt. — Les tuberculeux tachycardiques doivent être soignés par le repos et la cure d'air ; on devra éviter la suralimentation, surtout quand les émonctoires naturels ne fonctionnent pas d'une façon très active.

7° *Les cardiopathies spécifiques* sont toujours accompagnées d'autres lésions bacillaires connues ou inaperçues. — Leur diagnostic est à peu près impossible.

Seule la coexistence d'autres localisations de la tuberculose pourra les faire soupçonner. Elles ne comportent pas de traitement spécial.

8° Il n'existe aucun antagonisme entre les cardiopathes de la tuberculose.

(Gazette méd. belge.)

CHIRURGIE

Les luxations totales de l'astragale.

Par GEORGES LUYB.

(Suite. — Voir le n° 6.)

TRAITEMENT. — En présence d'une luxation de l'astragale non compliquée de plaie, il faut évidemment, avant tout, tenter la réduction.

Quelles sont les manœuvres à effectuer pour opérer une bonne réduction ?

Tous les auteurs sont d'accord pour pratiquer l'anesthésie générale préalable, soit au chloroforme, soit à l'éther.

Le malade étant endormi, la jambe sera fléchie à angle droit

sur la cuisse pour relâcher les gastrocnémiens, puis on pourra alors procéder de différentes façons.

Malgaigne conseillait l'impulsion simple sans extension, au moyen des pouces appliqués sur la tête de l'astragale, les autres doigts étant croisés sur le talon.

Souvent cependant, la réduction n'est pas obtenue de cette manière. On pourra alors, ainsi que l'indique Forgue et Reclus, confier le pied à un aide qui l'embrassera avec les deux mains " comme un domestique saisit la botte qu'il veut enlever " (*procédé du tire-botte*, de Mauclair), et qui fera ainsi de l'extension, tandis qu'un autre aide pourra exercer la contre-extension sur la cuisse au-dessus du genou. Le chirurgien agira alors directement sur la tête astragalienne avec la paume de sa main de manière à obtenir la coaptation de l'os déplacé. Dans la luxation en avant, il refoulera la tête de l'astragale en haut et en arrière.

Une luxation oblique devra être ramenée d'abord à une luxation antérieure directe, et la réduction se fera ainsi en deux temps.

Quénu a apporté à la méthode un perfectionnement en montrant qu'il fallait, après l'anesthésie, commencer par exagérer la flexion du pied sur la jambe et son adduction avant d'appuyer fortement sur la tête de l'astragale d'avant en arrière, ceci découlant du mécanisme même de la réduction comme nous allons l'indiquer.

Malgré tout, il arrive en effet que les tentatives de réduction restent infructueuses.

Quelles sont donc les causes d'irréductibilité ?

Pour Desault, c'est la tête astragalienne qui est étranglée par l'ouverture du ligament astragalo-scaphoïdien antérieur. Mais ainsi que le fait remarquer Quénu, la faiblesse des ligaments scaphoïdiens supérieurs est une sérieuse objection à cette théorie.

Pour Rognetta, l'os serait maintenu dans sa position vicieuse par l'action du ligament calcanéastroagalien qui serait conservé, et d'autre part aussi, par l'enclavement de la tête de l'astragale entre le scaphoïde et le bord interne du calcanéum.

Pour d'autres auteurs, il y aurait constriction par les tendons extenseurs ou jambiers contourant la tête astragalienne.

Pour Dupuytren et pour Nélaton, l'irréductibilité de la luxation serait due à l'engagement de l'onglet tranchant qui termine l'astragale dans la rainure de la face supérieure du calcanéum. Mais sur une pièce qu'il a présentée à la Société anatomique en 1882, Quénu a montré que cette cause ne pouvait être incriminée.

Pour Quénu, enfin, c'est l'application forte du ligament annulaire du tarse contre la tête astragalienne luxée qui est la cause de l'irréductibilité. Cette application est maintenue principalement par la contraction du triceps sural qui met le pied en extension ; cette contraction ferme ainsi la fente par laquelle est sortie l'astragale durant la flexion du pied sur la jambe alors que la sangle ligamenteuse était flasque. C'est de cette conception que découle l'amélioration imaginée par Quénu dans la réduction. Il faudra, au lieu de tirer le pied étant dans l'extension, replacer les parties dans la position où elles étaient au moment de l'accident ; c'est-à-dire qu'on exagérera la flexion du pied sur la jambe et son adduction. C'est alors qu'en appuyant d'avant en arrière sur la tête de l'astragale, on ramènera progressivement le pied dans une attitude normale.

De l'examen de toutes les causes invoquées pour expliquer l'irréductibilité, il ressort qu'on ne peut en incriminer aucune d'une façon absolue et exclusive, mais que chacune d'elles peut prendre une part pour empêcher la réduction. Il n'en est pas moins vrai que chez certains malades, la réduction est facile, chez d'autres elle est très difficile, et que dans ce dernier cas on réduit encore, parfois tout à coup, au moment où l'on s'y attend le moins.

Quoi qu'il en soit, il est aussi certain que bien souvent aucune tentative de réduction ne réussit. Qu'arrive-t-il alors, lorsqu'on n'intervient pas ? Parfois, les malades peuvent marcher en dépit de la déformation considérable du pied. Des observations de Legouest,

de Marc Sée, de Dubourg en font foi. Mais plus souvent, il se déclare de graves accidents de sphacèle, forçant à amputer secondairement la jambe. C'est ce qui arrive à des chirurgiens comme Hancock, Dolbeau, Deimold.

D'autres fois, enfin, il se fait de la gangrène cutanée, à la suite de laquelle l'articulation s'ouvre : de là, nécessité de faire l'extirpation secondaire de l'astragale.

De l'examen de ces faits, il résulte que, de l'avis de tous les chirurgiens, la seule vraie conduite chirurgicale à tenir, lorsque toutes les manœuvres de réduction ont échoué, est de pratiquer l'ablation primitive et antiseptique de l'astragale.

C'est ce qu'a fait, par exemple, Gérard Marchant dans un cas où il s'agissait d'une luxation en avant et en dehors. Le pied était immobilisé et les mouvements spontanés ou provoqués ne pouvaient modifier cette attitude. Plusieurs tentatives de réduction ayant été faites sans résultat, ce chirurgien fut obligé de pratiquer l'extirpation de l'astragale.

Le résultat fut excellent, et l'opéré put jouir de mouvements d'extension et de flexion.

Quand la luxation se complique de plaie, les anciens auteurs étaient unanimes à repousser la réduction, car la tête astragalienne souillée inoculait de produits septiques les articulations voisines et provoquait ainsi de redoutables accidents septicémiques.

Actuellement, grâce à l'antisepsie, les conditions sont meilleures : on devra commencer par désinfecter soigneusement la plaie et l'os hernié, puis tenter la réduction de l'astragale, en assurant un bon drainage. Si la réduction échoue, l'extirpation primitive de l'os sera alors formellement indiquée, car en présence des déplorables résultats fournis par l'expectation, il est bien évident qu'on aura avantage à ne pas différer cette intervention.

(Gazette des hôpitaux).

GYNECOLOGIE

De l'hystérectomie vaginale contre l'infection aigue puerperale.

M. TUFFIER a été appelé à faire 3 fois l'hystérectomie vaginale dans ces circonstances, alors que tous les autres moyens curatifs avaient échoué. L'une des malades a guéri ; les 2 autres sont mortes. Dans chacun de ces cas il ne s'agissait que d'une infection localisée à l'utérus seul avec accidents toxiques menaçants.

La première de ces malades, opérée en 1898, était accouchée le 5 mars ; les premiers accidents s'étaient montrés le 13, et contre eux les lavages, le curetage et le sérum étaient restés impuissants ; la température persistait à 40°. M. Tuffier a fait l'hystérectomie ; dès le lendemain, le thermomètre tombait à 37° et la guérison était rapide.

La 2e malade était accouchée le 28 avril et, par suite de la rétention de débris placentaires, des accidents infectieux éclatèrent et persistèrent malgré un curetage et les autres moyens employés ordinairement. L'hystérectomie pratiquée, il y eut une amélioration momentanée, mais le 5e jour la malade succombait à des accidents de péritonite septique.

Dans le 3e cas, ce n'est que 10 jours après le début de semblables accidents que M. Tuffier est intervenu, mais malgré l'hystérectomie, l'état de la malade était tel qu'elle succombait 24 heures plus tard.

En présence de semblables cas, 2 questions peuvent se poser. En premier lieu est-il indiqué, quand tout a échoué, de recourir à l'hystérectomie ? S'il était prouvé que l'infection réside dans le parenchyme utérin et est la cause des accidents, il n'y aurait pas à hésiter, mais la preuve n'en est pas encore faite. Actuellement, on

doit cependant tenir compte de ce qui a été publié à l'étranger. Sur 35 opérations, on a noté 20 guérisons et 13 morts. Ce sont des chiffres qui parlent en faveur de l'opération. Il faut encore considérer la chute de la température après l'hystérectomie ; elle peut être un argument en faveur de l'intervention.

A quelle opération doit-on avoir recours ? Dans une statistique, M. Tuffier a trouvé les résultats suivants : sur 9 ablations totales, 6 guérisons, 3 morts ; et sur 9 amputations supra-vaginales, 8 guérisons et 1 mort. Il semblerait donc rationnel de préférer cette dernière intervention ; remarquons toutefois que ces chiffres sont fort peu considérables et, d'autre part, que la cause de la mort n'est pas réellement élucidée.

Il faut être prévenu qu'en raison de la mollesse de l'utérus, il y a quelques difficultés dans les explorations opératoires et que l'hémostase est difficile à réaliser ; il faut avoir soin de ne pas serrer les pinces à fond, sous peine de couper les tissus. Quant à la question des indications et des contre-indications de l'hystérectomie vaginale, actuellement elle ne peut être que posée.

M. SEGOND. — A supposer qu'il y ait indication de pratiquer cette opération, ce qui sera toujours exceptionnel, doit-on la faire par en haut ou par en bas ? En pareille circonstance, l'hystérectomie vaginale est horriblement difficile, car le morcellement est impossible, et l'on s'expose à perforer le rectum et la vessie. Le ramollissement utérin paraît être une contre-indication.

(Société de chirurgie).

Nous rappellerons, à ce sujet, que nous croyons que le premier qui ait pratiqué cette opération en Amérique est le docteur Lapthorn Smith, de Montréal. Sa malade a survécu. L'opération s'est faite assez souvent depuis et par la voie abdominale et par la voie vaginale.

OBSTÉTRIQUE

De l'enchatonnement du placenta.

Par J. AUDEBERT.

(Suite. — Voir n° 4.)

Si l'on veut se rendre compte maintenant du mécanisme qui préside à la formation de ces diverticules utérins, deux mots d'anatomie sont nécessaires.

A première vue, il paraît surprenant que le muscle utérin se contracte aussi irrégulièrement et qu'un cul-de-sac puisse ainsi se former en un point quelconque de sa surface. On connaît en effet la multiplicité des tuniques superposées qui forment la trame utérine, on connaît leur feutrage tellement inextricable qu'on n'a pu les décrire qu'après les avoir étudiées pendant la grossesse, au moment où tous les faisceaux sont hypertrophiés ; on connaît enfin la résistance, la tonicité du muscle utérin.

Son épaisseur, de plus, est assez considérable et à la fin de la grossesse, grâce à l'accroissement de volume des éléments musculaires déjà existants, et grâce à la formation de nouvelles fibres, surtout au niveau de la couche interne (Kölliker) ; elle serait, d'après Pinard et Varnier, de 10 à 12 millimètres dans toute l'étendue de l'organe et de 4 à 6 millimètres environ à l'endroit où s'insère le placenta. Dans le cours d'une opération césarienne *post mortem* que j'ai eu l'occasion de faire au mois de janvier 1895 (*Annales de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux*) j'ai pu voir que l'épaisseur de la paroi utérine sur la ligne médiane était à peu près de 1 centimètre.

Mais cette épaisseur n'est pas uniforme, et il est des régions, en particulier le point d'insertion des trompes sur l'utérus (sans parler du segment inférieur), où existe un amincissement marqué ;

on comprend donc qu'à ce niveau l'utérus se laisse plus facilement déprimer en doigt de gant et que ce soit au voisinage des trompes, c'est-à-dire aux angles supérieurs, que siège de préférence l'enchatonnement.

On le comprendra encore mieux quand on aura étudié d'un peu plus près la manière dont les fibres musculaires sont ordonnées tout autour de l'orifice des trompes. Les belles recherches de Sue, de Leroy, de Calza, confirmées sur ce point par les dissections si minutieuses de Hélié, ont démontré, qu'à l'infundibulum des trompes de Fallope, la couche musculaire interne affectait une direction et une disposition tout à fait particulières.

Indépendamment des fibres extrêmes du *faisceau triangulaire*, qui par deux pointes aiguës vont plonger dans l'ouverture des trompes, on trouve là des faisceaux spéciaux connus, depuis Sue, sous le nom de *muscles orbiculaires des trompes*. Les fibres de la région située au-dessous de l'orifice des trompes sont dirigées d'arrière en avant, et forment des *arceaux* qui tapissent la voûte de la cavité et de là descendent sur les parois, en passant sous le faisceau triangulaire. "Autour de l'infundibulum tubaire, elles sont disposées en *anneaux concentriques*, qui s'étendent jusqu'au point où cesse l'évasement. Chaque fascicule ne forme pas toujours un anneau complet ; après un certain trajet, on voit surgir des fibres nouvelles qui achèvent le trajet commencé." (Joulin.)

Il y a donc autour des trompes des *tourbillons musculaires* qui forment un couronnement complet. Supposons qu'un des points compris dans l'intérieur de ces anneaux concentriques ne participe pas à la contraction générale de l'organe, les anneaux les plus éloignés se resserreront et emprisonneront dans une sorte de cul-de-sac et la zone inerte et tout ce qui s'y insère (placenta et membranes), "comme une pierre dans le chaton d'une bague" (Chailly).

Voyons maintenant quelle est la part de la contraction utérine dans la formation de ce chaton.

La plupart des auteurs admettent que l'enchatonnement a lieu quand le muscle utérin est le siège de contractions irrégulières, anormales, partielles ou spasmodiques. La contraction plus violente sur une surface limitée amène l'incarcération d'une zone moins fortement contractée ; c'est la théorie du *spasme utérin*.

D'après Bubendorff (thèse Nancy, 1882) au contraire, ce serait l'inertie et le défaut de contractilité de l'utérus qui seraient seuls en cause. La contractilité serait normale, mais si un point reste en dehors de cette action, ne participe pas à cette contractilité, ce point "tend à rester passivement dilaté, à faire poche ou cellule en dehors"... "Le chaton n'est qu'un sac herniaire dont le placenta est l'organe hernié." Ce qui semblerait donner raison à Bubendorff, c'est que le tissu utérin au niveau de l'insertion placentaire est sensiblement plus mince que partout ailleurs, d'après les coupes de Pinard et Varnier, et qu'il existe après l'accouchement une sorte d'*enchatonnement physiologique* du placenta.

"Quel que soit le lieu d'insertion du placenta, la paroi utérine reste moins épaisse au niveau de cette insertion. L'onde musculaire produite par la rétraction s'arrête pour ainsi dire à la périphérie du placenta qu'elle enchatonne. Cet enchatonnement physiologique se montre sur toutes nos coupes. La paroi utérine en rapport avec le placenta se rétracte donc beaucoup moins que celle qui est simplement en rapport avec les membranes..." "Avant le décollement du placenta... l'utérus se rétracte d'une façon inégale et d'une façon toujours plus faible au niveau du placenta." (*Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique*. Pinard et Varnier.)

Cet enchatonnement physiologique persiste jusqu'au moment où le décollement du placenta est complet. Le décollement s'effectuant de la périphérie vers le centre, l'épaississement de la paroi utérine suit pas à pas le décollement et gagne les points de la paroi dont se sépare le placenta. Bientôt, il n'y a plus qu'une partie du

placenta qui soit adhérente et enchatonnée. Qu'à ce moment le décollement s'arrête du fait d'adhérences anormales par exemple, ou que la contractilité de l'anneau qui enserre le placenta non décollé soit hyperexcitée par des tractions sur le cordon, on assistera alors à la formation d'un diverticule flasque et mou, dont la base sera étranglée par une contracture annulaire, véritable sphincter musculaire, et qui contiendra un ou plusieurs cotylédons. A l'enchatonnement *physiologique* succédera l'enchatonnement *pathologique* de Levret.

Exceptionnellement la poche ne renferme que des membranes. J'ai rapporté un cas de ce genre. Deux hypothèses peuvent ici être envisagées : ou la rétraction tétanique s'est produite autour d'un point où les membranes étaient anormalement adhérentes à la paroi utérine comme à la suite d'hémorragies de la caduque ; ou bien la loge renfermait primitivement avec des membranes une portion du placenta plus ou moins volumineuse, qui a pu se désenchatonner spontanément. C'est probablement ce qui s'est passé dans l'observation citée plus haut.

La durée de la rétention placentaire a varié de quelques minutes à trois heures, mais comme l'extraction a toujours été artificielle, on peut supposer à juste titre que, sans l'intervention, la rétention se fût prolongée, entraînant avec elles les conséquences graves que l'on connaît.

L'étude du délivre est particulièrement intéressante. L'aspect et la forme du placenta surtout méritent d'attirer l'attention.

Cependant je dois dire que le placenta enchatonné ne ressemble nullement au placenta obtenu à la suite d'une délivrance artificielle nécessitée par toute autre cause. Tous les accoucheurs ont présentée à l'esprit la configuration de ce placenta éraillé, dilacéré, en bouillie, dont la surface utérine porte encore, pour ainsi dire, la trace de la main qui a opéré le décollement. Tout autre est le placenta incarcéré dans un diverticule utérin. Le plus souvent de forme irrégulière, en fer à cheval ou ovulaire, il est séparé en deux masses bien distinctes par un sillon artificiel de nouvelle formation, qui n'est pas une scissure intercotylédonaire. A ce niveau, le tissu placentaire a subi une telle compression, une telle attrition, pourrait-on dire, qu'il est fortement tassé, ne présentant plus que $\frac{1}{2}$ centimètre d'épaisseur quand l'épaisseur moyenne est de 2 à 3 centimètres. Quelquefois même la substance cotylédonaire a complètement disparu et les deux flots sont seulement réunis par un pont membraneux. Cette destruction profonde du gâteau placentaire montre combien est violente la constriction exercée par l'anneau, par le sphincter musculaire qui cerne la base du chaton. Il est plus facile après cette constatation de comprendre combien l'introduction d'un ou de deux doigts est souvent malaisée, parfois même impossible de prime abord.

Les cotylédons enchatonnés présentent aussi des altérations caractéristiques. Ils sont tantôt fibreux, d'une dureté quasi-ligneuse, donnant l'impression d'un tissu lardacé ; tantôt leur consistance est normale. On les rencontre, ou pâles et décolorés, quand l'hémorrhagie a été abondante, ou au contraire recouverts de caillots noirâtres.

Plusieurs fois j'ai observé que la partie enchatonnée était plus épaisse que le reste du placenta et qu'on pouvait la comparer assez exactement à un *morceau de bœuf Chateaubriand*, pour me servir d'une expression déjà connue.

Dans une de nos observations, nous voyons que l'lot séparé de la masse centrale a une épaisseur sensiblement plus considérable (4 cm. $\frac{1}{2}$) que les autres parties du délivre (3 centimètres seulement).

Nous ne relevons aucune particularité intéressante dans le poids du placenta qui oscille entre 450 et 670 grammes, pas plus que du côté des membranes complètes ou incomplètes suivant le cas. Je m'expliquerai bientôt sur la rupture du cordon.

On a longuement discutée autrefois la question de savoir si le placenta retenu dans "l'arrière-boutique", pour employer l'expression des anciens accoucheurs français, était décollé (Ramsbot-ham et Dewen), ou encore adhérent (Douglas). Pour moi, dans cinq observations où j'ai rencontré une masse placentaire dans le chaton, elle était toujours adhérente et deux fois même le décollement a présenté une certaine difficulté.

(à suivre)

PÉDIATRIE

Irritabilité des voies urinaires.

Le docteur Southworth, in *Archives of Pædiatrics*, rapporte le cas d'un nouveau-né qui pleurait sans cesse. L'enfant avait du priapisme et le fait d'appliquer la main froide au-dessus du pubis faisait passer une urine brune brouillée. L'auteur croit que souvent les enfants nouveau-nés pleurent, non pas parce qu'ils ont des coliques, mais parce qu'il y a de l'irritation des voies urinaires. En attendant que l'allaitement puisse diluer l'urine et prévenir son action irritante, il faut administrer à l'enfant, toutes les deux heures environ, de l'eau bouillie sucrée.

(*Monthly Cyclopedia*).

Consultation de nourrissons.

M. BUDIN a institué une consultation hebdomadaire des nourrissons dans son service de la clinique Tarnier, et cette consultation constitue une véritable école des mères. Il est très rare qu'on soit obligé de recourir à l'allaitement artificiel exclusif.

Le lait de vache est donné en petites bouteilles stérilisées au bain-marie. Le litre revient à 35 centimes.

Pour ce qui est de la santé générale des nourrissons, on n'a vu ni scorbut, ni rachitisme, ni gros ventre flasque. Depuis 1892 jusqu'en juin 1899, on a suivi 435 enfants, dont 32 seulement ont succombé, c'est-à-dire 7 p. 100.

La mortalité en général, du 7 août au 3 septembre de l'année dernière, a été énorme : à la consultation des nourrissons elle a été nulle ; les accidents mêmes ont été légers. Ces résultats sont dus à l'usage du lait stérilisé.

M. Variot a institué une consultation analogue à Belleville.

En province, les consultations de nourrissons commencent à s'instituer. C'est surtout à Fécamp, où M. Dufour a créé une consultation de ce genre, que l'on a observé des résultats remarquables. La mortalité, à cette consultation, est tombée jusqu'à 1 p. 100.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

Maladies veneriennes

Syphilis réfractaires au traitement.

M. FOURNIER signale 2 cas paraissant indiquer remarquablement le peu d'action qu'ont les mercuriaux sur certaines syphilis.

Dans le premier fait, il s'agit d'une malade syphilitisée il y a 2 ans $\frac{1}{2}$, qui n'a cessé d'être traitée depuis la contamination. Elle porte des lésions banales de syphilis tuberculeuse, tuberculo-ulcéreuse. Elle a ingéré le protoiodure à fortes doses, le sirop de Gibert, les pilules de Dupuytren ; elle a subi les injections de benzoate de mercure, d'huile grise, de calomel. Elle a fait à Uriage un traitement intensif de frictions et a pris l'iodure à la dose de 6, 8, 10 grammes, le tout sans résultat. Le nombre des piqûres de calomel n'a pas été chez elle moindre de 40, variant de 5 à 7 centigrammes.

La seconde malade a été atteinte de syphilis maligne d'emblée ; depuis 5 ans elle présente des syphilides tuberculeuses sèches, des gommès du palais, du crâne, des exostoses, de l'iritis. Le mercure lui a été donné à toutes doses et sous toutes ses formes, l'iodure a été poussé jusqu'à 12 et 16 grammes. Elle a subi 180 injections de benzoate ; 120 injections de calomel à 5, 8 et 10 centigrammes. La syphilis a résisté, le calomel lui-même connaît la défaite.

(*Société de dermatologie*).

Le traitement du chancre mou.

Horovitz conseille au début d'exciser la lésion et de réunir la plaie par une suture. Méthode peu certaine. Il rejette la cautérisation par l'acide carbolique et cependant la clinique a démontré d'une façon certaine qu'au début de la plupart des chancroïdes on pouvait les avorter en anesthésiant avec une forte solution de cocaïne et en cautérisant l'ulcération à fond avec de l'acide phénique pur ; un pansement humide antiseptique est ensuite employé. On doit éviter les poudres, si ce n'est lorsque la lésion a perdu ses caractères de spécificité, car la croûte formée favorise l'adénite.

Le traitement le plus simple et le plus efficace lorsque le chancre est en pleine évolution consiste en nettoyages fréquents et l'usage de compresses humectées d'un antiseptique doux, tel que eau de Goulard diluée, lotion noire, créoline, sublimé faible. Le pansement doit être renouvelé au moins toutes les deux heures. On doit éviter tout topique irritant et prévenir ainsi la production de l'œdème et du bubon. L'application locale de la chaleur sèche, une propreté minutieuse, un drainage parfait, voilà les bases du traitement.

(*Therapeutic Gazette*).

Traitement des céphalalgies syphilitiques par l'iodure de potassium en lavement.

Par SOLARI.

Pendant la période secondaire, mais plus ordinairement en pleine évolution d'accidents tertiaires, surviennent des névralgies céphaliques qui tourmentent les syphilitiques.

Dans le courant de la période secondaire, ce ne sont que des accidents purement nerveux, idiopathiques, ne reconnaissant pour causes aucune de celles qui caractérisent les névralgies de la troisième période, telles que la compression du cerveau, du cervelet par les méninges ou des énostoses par l'envahissement des méninges de néoplasmes syphilitiques.

Ces accidents douloureux, que l'on reconnaît aisément dans le cours de l'évolution syphilitique à des caractères symptomatiques typiques, la névralgie se déclarant ou s'exaspérant vers le soir ou pendant la nuit, ne résistent presque jamais au mode de traitement que je vais indiquer.

Le succès en est tellement sûr qu'on peut affirmer que la nature de la névralgie est décelée par la réussite ou l'insuccès de ce traitement.

Tout en continuant le traitement spécial général de la syphilis, ainsi que le traitement local des accidents concomitants, dont l'énumération ne saurait entrer dans le cadre d'un article de journal, on prescrit aux malades atteints de céphalalgies un quart de lavement d'eau tiède auquel on ajoutera deux grammes d'iodure de potassium, à prendre et à garder le soir, en se couchant de suite après. Dans le cas où le malade aurait quelque difficulté à le conserver, on ajouterait quelques gouttes de laudanum, ou bien on diminuerait la quantité de véhicule. Le deuxième soir on mettrait 3 grammes d'iodure ; le troisième soir, 4 grammes et ainsi de suite jusqu'à cessation de la névralgie, qui ne se fait pas longtemps attendre.

On cesse alors pour reprendre ce mode de traitement dès que le besoin s'en fait sentir de nouveau.

Pour faciliter au malade l'emploi du sel potassique, on formule une solution contenant 1 gramme d'iodure par cuillerée à soupe ou à café.

Dans le traitement des névralgies céphaliques les iodures agissent plus efficacement, en les faisant absorber par la voie rectale.

Cette méthode jouit encore d'un avantage : c'est de ne pas fatiguer l'organe de la digestion.

L'action presque directe ou par voisinage de l'iodure sur le grand nerf sympathique n'expliquerait-elle pas l'efficacité des sels iodiques ou sodiques introduits dans l'économie par cette voie ?

(Indép. méd.)

Maladies nerveuses

Les psychoses traumatiques.

Par M. PIERRE MEYSSAN.

M. Meyssan (thèse de Bordeaux) distingue sous le nom de psychoses traumatiques les vésanies survenues après un choc physique chez des prédisposés et les psychoses dues au choc lui-même. Ces dernières méritent seules le nom de psychoses traumatiques. Il y a plusieurs degrés.

Au premier degré, ce sont de simples troubles psychiques : modification du caractère et de l'humeur, obtusion mentale, amnésie, hallucinations, mélangés le plus souvent à des phénomènes névropathiques.

Au second degré, il y a délire de rêve la nuit ou se prolongeant dans la journée, suivant qu'il est plus ou moins marqué.

Au troisième degré, il se produit un délire aigu, agité ou stupide, avec ou sans fièvre, et terminé souvent par la mort.

Dans une quatrième catégorie, on peut ranger les cas de psychose asthénique à échéance plus ou moins éloignée, avec état plus ou moins voisin de la démence paralytique.

Le type général de la psychose traumatique est donc la confusion mentale avec délire onirique, c'est-à-dire le type mental des intoxications, comme pour les psychoses post-opératoires, si voisines des psychoses traumatiques.

L'auto-intoxication, dans les psychoses traumatiques, paraît due à une perturbation de la nutrition de l'organisme sous l'influence directe ou indirecte, médiate ou immédiate du shock. Certaines recherches expérimentales récentes, en mettant en lumière des lésions plus ou moins graves des centres nerveux consécutivement aux traumatismes, semblent venir à l'appui de cette opinion.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Hystérie male. Etats de double conscience.

Par BARONCINI.

BARONCINI donne l'histoire extraordinairement mouvementée d'un chanteur dont la vie normale est coupée de crises où sa personnalité se transforme (état second). Les accès débutent par une phase de dépression et de malaise qui changent bientôt ; le malade devient joyeux, vif, voit tout en rose ; il est sur le point d'entrer en état second. Il y a une particularité curieuse : le malade ne modifie pas sa personnalité brusquement, comme il est de règle, mais peu à peu. Il devient inquiet, inconstant, commet mille extravagances, n'a plus de volonté ; il se souviendra plus tard, mais d'une manière confuse, de ce qu'il a fait durant cette période. Il arrive un moment où la modification de l'esprit du malade atteint son apogée : il vit alors de larcins et de supercheries très logiquement combinées, d'ailleurs ; il se réveille ordinairement de cet état second

en prison ou dans un asile d'aliénés ; l'amnésie, pour cette seconde période de l'accès, est complète.

Cette observation est intéressante au point de vue psychologique, les cas de ce genre n'étant pas encore nombreux, et aussi au point de vue medico-légal, car il est un exemple bien net des rapports qui existent entre l'hystérie et la petite criminalité.

(Il manicomio moderno. — Rev. neurol.)

THERAPEUTIQUE

Médicaments interdits aux nourrices.

M. Marfan, dans son récent *Traité de l'allaitement*, étudie quels médicaments il faut éviter chez les nourrices.

L'opium, la morphine, l'atropine, la jusquiame, le colchique, la cocaïne, l'arsenic, le chloral, les sels de plomb passent dans le lait, et peuvent incommoder ou intoxiquer le nourrisson. La digitale, l'ergot de seigle, l'antipyrine peuvent être prescrits sans inconvénients. La quinine peut être employée à condition que la nourrice la prenne aux repas, car la glande mammaire ne l'élimine abondamment que si le médicament a été pris à jeun. La cocaïne et le camphre restreignent la sécrétion lactée, le fer paraît l'augmenter. Il n'y a pas d'inconvénients à laisser les nourrices manger de la salade.

(Journ. de méd. int.)

De l'usage de la capsule surrénale dans les maladies du nez et de la gorge.

Par le docteur C. SHARP, New-York.

L'auteur trouve la solution, à dix pour cent, de l'extrait aqueux de la capsule, des plus utiles. La solution doit être fraîche, car elle se décompose rapidement. Le médicament aurait une action astringente qui ne produit aucun mauvais effet et serait bien préférable à la cocaïne. Appliqué directement, il aurait plus d'action qu'en pulvérisations. Le docteur Sharp conseille beaucoup ce remède comme hémostatique et astringent dans l'amygdalite aiguë, dans la laryngite sous-aiguë des chanteurs, dans la fièvre des foins, dans l'hypertrophie des cornets, dans les états congestifs divers du nasopharynx, pour la cautérisation des cornets, après l'amygdalotomie, après l'opération de la cloison et dans l'examen du nez. Sous son action la muqueuse blanchit et l'écoulement sanguin est minime.

(New York Medical Journal).

AMYGDALITE AIGUE. — Carrière.

Salol.....	1 drachme.
Huile d'amandes douces } Gomme arabique }	de chacune.. 2 drachmes.
Sirop.....	1½ once.
Eau distillée.....	4 onces.
Essence de menthe.....	q. s.

(Progrès méd. — N.-Y. M. J.)

BACTERIOLOGIE

La coloration du gonocoque.

Dans la vaginite et la leucorrhée suspecte où il y a association de plusieurs microorganismes on ne peut pas toujours se fier au bleu de méthylène ou au Gram, surtout si les gonocoques sont en petit nombre. Une des deux colorations suivantes sera la meilleure alors.

Solution de Pick :—

Fuchsine phéniquée de Ziehl.....	15 gouttes.
Sol. alcoolique concentrée de bleu de méthylène.....	8 —
Eau distillée.....	20 c.c.

Colorer à froid pendant dix secondes — laver à l'eau — sécher — examiner.

Le gonocoque sera bleu foncé, les autres microbes, bleu pâle, les noyaux très pâles et le protoplasme rose.

Solution de Lanz :—

Solution saturée de fuchsine dans sol. aqueuse à 2 % d'acide phénique.....	10 c.c.
Solution saturée de thionine dans sol. aq. à 2 % d'acide phénique.....	40 c.c.

Doit être nouvellement préparée.

Colorer à froid, pendant 15 à 30 secondes — laver à l'eau.

Les gonocoques sont colorés par la thionine, le protoplasme par la fuchsine et les noyaux par les deux agents.

On ne devra pas laisser agir les substances colorantes trop longtemps.

(Dr. Schnee, in *Am. Monthly Mic. J.*)

La trichinose.

On a constaté une augmentation énorme des globules éosinophiles dans chaque cas examiné ; et parfois c'est cette augmentation qui a attiré l'attention sur le diagnostic. Fréquemment la trichinose passe inaperçue, mais il est admis aujourd'hui que l'on doit y songer chaque fois qu'il y a une pyrexie irrégulière, des douleurs musculaires et une augmentation des cellules éosinophiles.

Le bacille du smegma.

Pappenheim et Fränkel ont remarqué dans la gangrène pulmonaire de nombreux bacilles du smegma ; pour éviter le diagnostic erroné de tuberculose ils conseillent les précautions suivantes. Pappenheim fait agir sur les frottis la solution que voici :—

Alcool absolu.....	100 p.
Acide rosolique.....	1 p.
Bleu de méthylène, à saturation.	

Fränkel avertit de prendre des précautions surtout avec les crachats putrides riches en graisse et en myéline.

Le Sudan III.

Est un nouveau réactif pour la graisse et a donné des résultats excellents. La coloration des granulations grasses soit dans les cellules, soit dans les cylindres urinaires, soit dans les microbes, est d'un rouge vif, et elle est beaucoup plus nette qu'avec l'acide osmique. Cette substance a aussi été employée pour différencier le bacille de Köch, teignant la graisse que contient le micro-organisme.

(Dr. Ryfkogel, in *Pacific Record*).

Angines diphtéroïdes.

M. Vincent, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a étudié une variété d'angine due à un bacille particulier, et non décrit jusqu'ici, le bacille fusiforme, associé presque toujours au spirille de la salive.

Cliniquement, cette angine ressemble beaucoup à une angine de moyenne gravité ; mais les fausses membranes n'ont aucune tendance à l'envahissement ; l'évolution en est plus rapide, le pronostic toujours favorable.

L'exsudat, examiné au microscope, renferme deux espèces microbienne tout à fait prédominantes : 1° le spirille dont nous avons parlé, et qui ne semble jouer ici qu'un rôle secondaire ; 2° un bacille particulier, long de 10 à 12 mm., renflé à sa partie moyenne, effilé à ses extrémités. Il ne se colore pas par la méthode de Gram, et il est impossible de le cultiver sur les milieux usuels de laboratoire ; de plus, les essais d'inoculation n'ont fourni jusqu'ici aucun résultat.

Ces données ont été confirmées à plusieurs reprises par d'autres auteurs, notamment par M.M. Raoult et Thiry et par M. Schneider. (*Progrès médical*).

FORMULAIRE

CÉPHALALGIE. — L. Weber.

Acétanilide.....	1 grain.
Phénacétine.....	5 grains.
Antipyrine.....	5 —

Pour une dose.

(*J. Amer. Med. Asso.*)

DIATHÈSE URIQUE. — Peters.

Citrate de lithium.....	1½ drachme.
Acide citrique.....	1½ —
Sirop de citron.....	9 —
Eau distillée.....	5 onces.

Dose :—De deux à quatre cuillerées à soupe par jour.

(*Le Progrès médical*).

QUESTIONS ET REPONSES

2° QUESTION. — Quand et comment doit-on baptiser l'enfant suivant la formule : *Si tu es capax* ?

REPONSE. — Toutes les fois qu'il y a danger que l'enfant ne sorte pas vivant du sein maternel, on tâche de l'y atteindre le plus sûrement et le moins imparfaitement possible avec l'eau baptismale.

Si une partie du corps de l'enfant fait saillie hors du sein maternel, c'est sur cette partie que l'eau baptismale est versée.

Si tout le corps demeure dans le sein et qu'il y ait une possibilité de l'y atteindre avec l'eau baptismale, on y injecte l'eau de la meilleure manière possible à l'aide d'un siphon, d'une petite seringue, d'une éponge ou d'une sonde, et en faisant cette injection, on récite la forme ordinaire du baptême. Il n'y a point de condition à ajouter de vive voix, pas plus qu'il n'y en a quand de loin on s'efforce de baptiser par aspersion. La condition : *Si l'eau t'atteint* est nécessairement implicite.

Il y aurait pourtant lieu d'opposer une condition s'il y avait doute sur la réalité 1° de l'existence, 2° de la vie du fœtus. Dans le premier cas la condition serait : *Si tu es homo*, si tu es un homme (un être humain distinct). Dans le second cas : *Si tu es vivant*.

Au défaut de tout autre moyen on pourrait essayer de promener le doigt mouillé sur la partie du corps de l'enfant qui serait accessible tout en récitant la formule du baptême et s'assurant autant qu'on le peut que l'eau coule sur la chair même de l'enfant. C'est le mode de baptême dont la valeur a le moins de probabilité.

Après toutes ces formes de baptême si l'enfant nait vivant on le rebaptise sous la condition : *Si tu n'es pas baptisé*. Dans quelques-uns de ces cas si l'eau a certainement coulé sur la tête elle-

même la valeur du baptême n'offre pas de difficulté théorique. Mais il en est qui prétendent que l'homme non encore né n'appartient pas à la société et qu'il doit lui appartenir pour être baptisé. Le rituel romain défend de baptiser l'enfant enfermé dans la matrice, formule dont le sens est contesté. La congrégation interprète du concile de Trente a fait rebaptiser sous condition un enfant dont le médecin voyait la tête sur laquelle il était sûr d'avoir versé de l'eau. (12 juillet 1794. Lehmkuhl n. 74).

Donc, en résumé, lorsqu'une femme enceinte de plus de trois mois, est en danger de mourir, on doit recourir à ce baptême conditionnel pour sauver l'âme de l'enfant. Le manuel opératoire exige beaucoup de précautions, il est vrai, mais se fait encore assez facilement. Aujourd'hui, ce baptême sous condition est accepté par la plupart des théologiens.

THÉOLOGIEN.

5° Existe-t-il un remède spécifique contre la coqueluche ? Sinon, quels sont les principaux médicaments à employer dans ce cas ?

PAUL.

R. — Le traitement spécifique de la coqueluche n'est pas encore trouvé, quoique son origine microbienne soit bien admise.

R. Hensel, en septembre 1897, a décrit un microorganisme " qui se présente sous forme d'un petit bacille court, à bouts ovales, rappelant assez exactement le bacille de l'influenza, mais en différant par ce fait qu'il cultive sur les milieux ordinaires. Il se colore par les couleurs d'aniline, est immobile et présente des dimensions qui varient avec l'âge de la culture."

La thérapeutique de cette maladie contagieuse est très encombrée, et tous les jours de nouveaux remèdes sont préconisés, mais leur action est en somme peu efficace.

Voici quelques médicaments qui auraient produit, suivant ceux qui les ont fait connaître, de bons résultats.

Le docteur de Chatcaubourg a employé avec succès des injections sous-cutanées de gaiacol et d'eucalyptol, 2 cc. $\frac{1}{2}$ d'une solution à 10 pour 100 dans l'huile stérilisée, une chaque jour.

Le docteur Lerefait, de Rouen, vante la créosote dans le traitement de la coqueluche. Il administre la créosote sous forme d'une potion contenant 0 gr. 50 centigr. du médicament pour 100 grammes de véhicule. On la donne par cuillerée à café, et la dose quotidienne varie suivant l'âge de l'enfant. La dose minima a été de trois cuillerées à café chez un enfant de 44 jours.

L'antipyrine, suivant Dubousquet-Laborde, a produit des résultats merveilleux. Les doses employées ont été de 0.40 à 1 gramme pour les enfants âgés de 2 ans, et de 1 à 3 grammes pour les enfants plus âgés. Voici une bonne formule :

Antipyrine.....	1 gramme.
Sirop de groseille.....	20 —
Eau de Vichy.....	80 —

A prendre par cuillerées à dessert après les quintes, en 24 heures.

Frühwald a obtenu de bons résultats avec l'antispasme, constitué par l'union d'une molécule de narcéine sodique avec trois molécules de salicylate de soude. Il prescrit, d'une solution à 5 pour 100, les doses suivantes : au dessous de 6 mois, III à V gouttes ; de 6 mois à 1 an, VII à X gouttes ; d'un an à deux, de X à XII gouttes ; à trois ans, XV à XX gouttes. Le médicament sera conservé dans des flacons bleus.

L'oxyde de zinc avec extrait de belladone a été expérimenté chez 10 enfants (2 à 3 grammes d'oxyde de zinc et 10 centigrammes d'extrait).

Nous mentionnerons encore l'ichtyol que recommande Maistro. Il administre ce remède sous forme de pilules, à doses journalières

de 15 à 20 centigr. pour arriver à 60 centigr., 1 gramme. On peut, de plus, faire en même temps des inhalations de glycerine ichtyolée à 3 pour 100.

Le docteur Vilman se déclare partisan convaincu du traitement de la coqueluche par l'air libre. Suivant lui, " les enfants ne doivent pas rester seulement quelques heures à l'air libre, mais y passer toute la journée, et non seulement pendant la belle saison, mais quel que soit le temps qu'il fasse dehors. Il faut seulement empêcher les enfants de courir, de parler, etc., afin d'éviter autant que possible un accès de toux. Les enfants qui ne marchent pas encore peuvent être entraînés en voiture.

" Il faut promener les enfants même quand il y a bronchite et même broncho-pneumonie, qu'elle soit consécutive ou non à la coqueluche. Les jours froids il faut, bien entendu, envelopper convenablement les petits malades, mais l'air frais par lui-même ne peut avoir qu'une action salutaire."

Contre les hémoptysies parfois si dangereuses de la coqueluche, le docteur Baratiers emploie le bromoforme en inhalations.

Nous ne ferons que mentionner en passant les médicaments aujourd'hui employés et dont nous trouvons les formules dans tous les traités de thérapeutique : la belladone, la quinine, l'opium, etc., etc.

MEDICUS.

NOUVELLES QUESTIONS

6° Quels sont les sérums employés maintenant dans la pratique journalière ?

7° La marche de la phtisie chez la femme enceinte est-elle ralentie ou accélérée ?

NOUVELLES.

Nos lecteurs ont dû remarquer que la Revue avait fait une addition au comité de rédaction, dans la personne de M. le docteur Pierre Bédard, qui a bien voulu accepter la lourde charge de secrétaire. L'expérience déjà longue du docteur dans le journalisme, sa science et son travail bien connus seront d'un puissant secours pour stimuler la vitalité déjà grande de la Revue, mais qui a toujours besoins de l'énergie et du soutien de la jeunesse et de l'amour du progrès.

La Société gynécologique de Paris vient de se constituer succédant à la dissolution de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. M. le docteur Peyrot en est le président et M. le docteur Olivier le secrétaire.

La science française vient de faire une grande perte dans la personne de Balbiani, professeur d'embryologie comparée au collège de France, qui vient de mourir à l'âge de 75 ans.

Nous apprenons la nomination, à l'université McGill, de deux nouveaux professeurs : M. le docteur T. J. W. Burgess est nommé à la chaire des maladies mentales et le docteur C. F. Martin sera professeur adjoint de clinique médicale.

Nous voyons par l'annuaire de l'université Laval, à Montréal, qui vient de paraître, que M. le docteur J. E. Dubé est reconnu par la Faculté comme pathologiste à l'Hôtel-Dieu. Nous applaudissons à cette nomination. La Faculté a fait encore un bon pas !

Nous apprenons que le docteur A. N. Rivet, démonstrateur d'anatomie à l'Ecole de médecine, est complètement rétabli d'une appendicite très grave ; l'opération a été des plus sérieuses mais le docteur a bien réagi. Nous sommes heureux d'offrir nos félicitations à notre ami.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX.....	65
L'école médicale belge, par le Dr. Jehin-Prume.....	66
REVUE DES JOURNAUX.....	66
Des troubles de l'innervation motrice du cœur, par E. Apert. — De la chorée, surtout de son traitement, par Chr. Gram. — Symptôme précoce d'actinomycoze. — Syringomyélie avec fracture spontanée et résorption des deux têtes humérales, par M. Kofend. — Sur la tuberculose ganglionnaire à forme lymphadénique. — Études cliniques sur les synovites tuberculeuses primitives de la gaine tendineuse commune des péroniers latéraux, par M. Briens. — Hystérectomie abdominale par incision médiane de l'utérus dans les cas de cancer inopérable par le vagin, par M. le docteur Billhaut. — L'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations anovulaires, par Dr. J.-L. Faure. — Traitement chirurgical des myomes utérins. — Des opérations pratiquées sur le col de l'utérus au point de vue des puerpéralités futures. — De l'allaitement chez les femmes qui ont eu de l'albuminurie de la grossesse, par MM. Pierre Budin et Chavane. — Scrofule et tuberculose, clinique de M. Gr-nche. — De l'air liquide en thérapeutique, par U. T. Pearce, M. D., Cincinnati. — Danger de la médication par la glande thyroïde. — Sur le traitement de l'épilepsie par la sympathectomie, par Jaboulay et Lannois. — L'état inflammatoire de la péritonite. — Un cas de névralgie parésthésique traité par la résection du nerf fémoro-cutané, par A. Souques. — De l'hypnose et de la suggestion en médecine légale, par A. A. Tokarski. — De l'origine gastrique d'un certain nombre de dermatoses, par M. Robin. — Sur le sort des bactéries pathogènes dans les cadavres enterrés, par Klein.	
REVUE PROFESSIONNELLE.....	72
FORMULAIRE.....	72
QUESTIONS ET REPONSES.....	72
NECROLOGIE.....	72
REVUE DES LIVRES.....	72
NOUVELLES.....	72

Travaux Originaux

L'École médicale belge.

J'arrive d'Europe, où pendant trois mois j'ai eu le loisir de passer en revue les principaux hôpitaux de la Belgique. L'impression que j'en rapporte est d'autant plus agréable, que j'ai à me flatter de l'extrême courtoisie des professeurs avec lesquels je suis entré en relation. Là, comme en France, les médecins étrangers sont reçus à bras ouverts et il n'est rien qu'on puisse faire pour leur être agréable. Les différents cours de la Faculté Royale de médecine, les hôpitaux, les cliniques leur sont ouvertes, et Dieu sait, si l'éducation que l'on y puise est intéressante et profitable.

Si l'on va en France, en Allemagne, en Grande-Bretagne, ou encore à l'immortelle école de Vienne, on y puise une instruction médicale de premier ordre, mais qui pêche par un point : *La trop grande personnalité de ses principes.* C'est-à-dire que chacune de ces écoles reste retranchée derrière ses propres remparts, ne reconnaissant de véritablement parfait, que ce qui se fait chez elle. Cela a du bon, conservant les éléments propres à l'École, animant disciples et apôtres d'un esprit d'émulation, et remplissant leur cœur d'un juste orgueil.

Cependant pour nous, Canadiens ou habitants du Canada, qui demandons aux écoles européennes, seulement les éléments scientifiques indispensables, les armes nécessaires aux luttes incessantes du médecin contre la maladie, ce que nous désirons, c'est la grande pratique, c'est la salle d'armes médicales, c'est l'enseignement clinique. Malheureusement nous n'avons pas tous les moyens de parcourir la France, l'Angleterre, l'Allemagne et l'Autriche ; ce serait là un sacrifice au dessus de la bourse de la majorité d'entre nous. Mais, ce n'est pas tout, en supposant que nous ayons la fortune nécessaire nous nous trouverions encore arrêtés par un autre point : la langue.

Ce qu'il nous faut donc, c'est une école où l'on puisse trouver indifféremment tous les éléments médicaux, véritable *compendium* clinique, où l'on puisse rencontrer en une seule source, l'enseignement complet et réuni des grandes écoles européennes.

Voici l'avantage que nous offre l'école médicale belge.

J'ai vraiment été étonné, et agréablement surpris, de constater cette franchise qui caractérise le clinicien belge. Ici, pas de *nous*, pas de *je* ; mais en présence d'une maladie, on dit : à Vienne on fait ceci, à Paris on agit comme ça, à Berlin on entend ceci, à Londres on opère comme ça ; puis déduction de toutes les méthodes, puis conclusions ; non pas personnelles, mais basées sur le malade, sur l'expérience clinique.

Et tout cela simplement, dans notre bonne vieille langue française.

Aussi je ne saurais trop encourager l'étudiant, le médecin canadien de rendre visite à l'école médicale belge. Comme cadre, la Belgique présente un des pays les plus agréables où l'on puisse vivre. Nature délicieuse, villes gaies et intéressantes. Théâtres, musées, monuments de toutes sortes, donnent en dehors des études des heures de récréation agréables et instructives.

La vie matérielle y est excessivement bon marché. Un étudiant peut y avoir chambre et pension, et très bonne, pour vingt piastres par mois ; les habits, blanchissages, etc., etc., sont de beaucoup à meilleur compte qu'au Canada. Et détail peut-être *trivial*, mais certainement agréable à tous les étudiants, on boit d'excellente bière à trois sous le verre, et on y fume pour *un sou*, des cigares que je payerais volontiers dix centins à Montréal.

**

La Belgique a trois grands centres cliniques : *Bruxelles, Gand et Liège* ; nous pouvons ajouter *Anvers* qui possède un nouvel hôpital, bâti par pavillons et possédant l'outillage le plus moderne. Puis l'Université catholique de Louvain, qui n'entre pas, à proprement parler, dans les institutions de l'État.

À Bruxelles, il y a de nombreux hôpitaux et cliniques. Le principal est l'hôpital Saint-Jean, vaste édifice dont la magnifique façade est élevée sur le boulevard Botanique ; l'entrée des cliniques se trouve sur la rue du Marais. On y voit tout ce qu'un hôpital de premier ordre peut offrir ; salles de chirurgie, salles spéciales pour la chirurgie abdominale, gynécologie, ophtalmologie, laryngologie. Salles d'autopsies, laboratoires de pathologie, bactériologie, de chimie et le tout d'une richesse excessive. L'instrumentation est des plus modernes ; mais ce qui est surtout admirable, c'est l'outillage d'antisepsie. Il me faudrait un volume pour tout expliquer..... Allez-y, vous verrez !

Il ne faut pas que j'oublie le superbe laboratoire de *radiographie* installé par les soins de la maison Drosden, maison dont nous ne pouvons faire trop de compliments et qui est la première de Bruxelles. Cette salle de radiographie se divise en deux : la salle d'examen et celle de développement photographique.

En ma qualité de spécialiste, les départements qui m'intéressaient le plus étaient ceux relatifs aux affections des yeux et du larynx, c'est-à-dire ceux placés sous la direction du professeur Coppez et du docteur Destanches.

La clinique ophtalmologique du professeur Coppez est juste-

ment reconnue comme une des premières du continent européen. Elle se compose du professeur Coppez, chef de service, du Dr H. Coppez, chef de clinique, et de deux internes et de quatre externes. La salle d'opération est vaste, table d'opération en métal et verre modèle Coppez (construit par la maison Drosden). Les instruments sont gardés dans une armoire en verre ; sur des étagères également en verre et métal sont les flacons contenant les solutions antiseptiques. Chefs et assistants portent la tunique et le tablier blanc. Puis viennent : la salle des médecins, la salle de consultation spéciale, puis la chambre d'ophtalmoscopie, la salle des pansements, et la salle d'attente.

La clinique de laryngologie est moins spacieuse, mais tout aussi complète en son genre. On y donne aux élèves toutes les facilités possibles pour l'examen des patients.

Les salles de médecine et de chirurgie de l'hôpital St-Jean sont vastes, bien aérées et très éclairées. Les lits modernes sont suivant les exigences hygiéniques les plus sévères.

Le service hospitalier y est fait par des sœurs de charité.

Gand possède une université célèbre. Les cours de médecine et de chirurgie sont supérieurement donnés mais les cliniques n'offrent pas les avantages de Bruxelles où la population est plus dense et par ce fait, le champ d'observation plus considérable. Le grand hôpital de Gand possède des laboratoires superbes, surtout celui de radiographie, construit sous la direction de la maison Drosden.

Liège est la grande école ardennaise par excellence. Les hôpitaux et cliniques y sont nombreux. L'hôpital général, l'hôpital des anglais, l'école clinique de Liège sont depuis longtemps célèbres. Nous y avons vu les Ansiaux, Fusch, qui est maintenant professeur extraordinaire à l'université de Vienne. Cette faculté a produit des hommes remarquables à plus d'un titre.

En conclusion, nous ne comprenons pas pourquoi le monde médical canadien ne se porte pas vers l'école médicale belge ; qui est, je le répète, un véritable *compendium* des grandes écoles de l'Europe. Ils trouveront en Belgique tous les éléments indispensables à une étude clinique de premier ordre, et en plus pourront, avec même des moyens modiques, y vivre confortablement.

Je suis heureux, pour ma part, de pouvoir écrire ces quelques lignes qui, je l'espère, ouvriront au monde médical du Canada, une nouvelle sphère d'étude.

Dr JÉHIN-PRUME.

Revue des journaux

MEDECINE

Des troubles de l'innervation motrice du cœur.

Par E. APERT.

Pour l'auteur, il existe une maladie appelée "tachycardie paroxystique" ; elle est bien caractérisée par l'allure spéciale de la tachycardie, qui est intense (environ 200 pulsations) ; elle procède par crises à début brutal et à terminaison non moins brusque ; dans l'intervalle entre les accès, le rythme cardiaque redevient tout

à fait normal. Ces caractères différencient nettement la tachycardie paroxystique des autres tachycardies.

L'étiologie de cette maladie nous échappe ; nous devons la considérer comme un trouble fonctionnel de l'innervation motrice du cœur. Le pronostic est lié à la plus ou moins grande durée de l'accès.

Cette maladie n'est pas toujours "essentielle". Dans bon nombre de cas, elle se manifeste chez des malades atteints de lésions organiques du cœur, tant de l'orifice mitral que de l'orifice aortique. Même dans ces cas, la maladie reste identique à elle-même au point de vue séméiologique ; mais le pronostic est plus rapidement grave parce que le sujet a un cœur moins résistant.

Le traitement doit avoir pour base le repos le plus absolu. Il faut se garder des médicaments actifs.

(Bulletin méd. — *Indépendance méd.*)

De la chorée, surtout de son traitement.

Par CHR. GRAM.

Dans son service, M. Gram a observé 24 cas de la chorée de Sydenham. En 16 cas, le mal succédait à d'autres maladies (angine, fièvre rhumatique, scarlatine ou otite suppurative). En 17 cas, on a trouvé l'endocardite, et 4 en sont morts. La température était souvent haussée (37°.8, 38°.5 c.). L'auteur soutient qu'il faut regarder la chorée comme une maladie infectieuse et que le pronostic en est bien moins bon qu'on ne le prétend ordinairement parce que les maladies de cœur en sont fréquemment la conséquence. Pour le traitement on recommande le repos du lit jusqu'à ce que les mouvements choréiques aient complètement disparu, une bonne alimentation, du salipyrin ou de l'antipyrine, $\frac{1}{2}$ -1 gramme, 3 ou 4 fois par jour, et plus tard, à un degré ultérieur de la maladie, de l'arsenic ou du bromure de potasse.

Israel Nosenthal et Dephlesen accentuaient tous les deux l'utilité de l'arsenic.

C. Lange pensait que la chorée était due à une affection des cellules motrices de la moëlle épinière et que cette affection pouvait avoir différentes causes. En cas de longue durée, il avait observé un bon effet des bains de mer.

S. P. Sørensen accentuait qu'il était très difficile de diagnostiquer l'endocardite chez les enfants.

(Société méd. de Copenhague. — *Rev. neurol.*)

Symptôme précoce d'actinomycose.

Dans la séance du 5 mars 1899, Besnier rappelait à la Société de dermatologie cet aphorisme de Poncet : Tout malade qui ne peut ouvrir la bouche sans raison apparente est atteint d'actinomycose. C'était à propos d'un malade qui éprouvait une grande difficulté pour ouvrir la bouche ; rien d'anormal à l'exploration la plus minutieuse. Or, après cinq à six mois la peau s'abcédait, et du pus, renfermant les grains jaunes caractéristiques, sourdait.

(Lyon médical).

CHIRURGIE

Syngomyelle avec fracture spontanée et résorption des deux têtes humérales.

Par M. KOFEND.

Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans qui, à l'âge de cinq ans et demi, a fait une chute d'une hauteur considérable et fut fortement contusionnée au dos. A vingt ans, suppuration des extrémités de tous les doigts suivie de nécrose et de perte de phalan-

gettes. Guérison au bout de dix-huit mois. Trois ans après, relevée de couches depuis quelques jours seulement, la malade éprouva un craquement dans l'épaule droite, restée comme suspendue et morte, mais sans toutefois éprouver aucune douleur. Peu après, douleurs et sensations de fourmillements et tuméfaction de la même épaule. Tous ces phénomènes disparurent au bout de deux ans. Un an après son quatrième accouchement, la malade éprouva, dans les mêmes circonstances que lors de la première fois, un craquement semblable dans l'épaule gauche, qui pendant un certain temps subit les mêmes phénomènes que la droite.

A l'admission, la malade se plaignait de douleurs cuisantes dans les deux bras et au cou, et d'une impotence des deux membres supérieurs.

A l'examen, on constata la présence des cinq symptômes cardinaux de la syringomyélie : atrophie musculaire, troubles de la sensibilité, troubles trophiques, scoliose et altération de la peau. Les phénomènes bulbaires faisaient seuls défaut, ce que l'auteur expliquait par la disposition de la cavité dans la portion cervicale et dorsale supérieure de la moëlle. La particularité du cas consistait dans les fractures spontanées des deux têtes humérales visibles aux rayons de Röntgen et s'expliquant, comme dans le tabes, non pas par l'ostéoporose névropathique, mais par l'atrophie des muscles de l'épaule, antagonistes du grand dorsal.

(J. de méd. de Bordeaux).

Sur la tuberculose ganglionnaire à forme lymphadénique.

(Académie de médecine).

M. BERGER a étudié avec M. Bezançon des tumeurs voisines des lymphosarcomes. Ce sont les lymphomes tuberculeux entrevus par Billroth et Verneuil. Il y a quelques années déjà, il avait observé chez une jeune fille une tumeur de ce genre. On trouve, dans ces cas, des tuméfactions ganglionnaires cervicales ; il y a peu de ganglions pris ; ils ne sont jamais fluctuants, ils sont indolents, ont une marche très lente. L'état général reste bon.

L'examen histologique différencie ces tumeurs des lymphomes malins. Si le ganglion n'est pas trop envahi, on y trouve des follicules tuberculeux, mais jamais il n'y a de caséification ; il y a de la sclérose périphérique. Les auteurs n'y ont pas trouvé de bacilles tuberculeux.

Le diagnostic sur le vivant est à peu près impossible. Ce qui peut servir au diagnostic, c'est la marche très lente de ces tumeurs sans envahissement général, sans altération de la santé.

Les inoculations au cobaye n'ont pas donné de résultats positifs. Les cultures sur sang gélosé en ont cependant donné. L'examen histologique peut donc seul permettre d'affirmer le diagnostic. L'extirpation est le meilleur moyen de traitement. Il semble probable que les lymphadénomes guéris par l'acide arsénieux sont de ces lymphomes tuberculeux.

M. CORNIL a eu l'occasion d'observer de ces tumeurs. Ces ganglions diffèrent des tumeurs lymphadéniques en ce qu'ils ne donnent pas de suc au raclage. En certains points ils peuvent être caséux. Il y a une quantité énorme de cellules géantes. Ces tuberculoses sont très bénignes.

M. FOURNIER a observé une tumeur cervicale de ce genre, à marche très lente, où plus tard se prit la région parotidienne, puis il se fit une compression de la trachée, et la mort survint rapidement. Cette lésion était survenue chez un jeune homme bien constitué et sans antécédents tuberculeux.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Etudes cliniques sur les synovites tuberculeuses primitives de la gaine tendineuse commune des péroniers latéraux.

Par M. BRIENS (Thèse de Paris).

Pour M. Briens, la synovite tendineuse tuberculeuse primitive des péroniers latéraux est peu fréquente, si on la compare aux synovites de même nature des gaines de la main.

On peut la rencontrer chez des sujets indemnes de toute lésion ou coexistant avec d'autres manifestations tuberculeuses.

L'influence du traumatisme paraît incontestable.

Son anatomie pathologique ne diffère pas de celle des autres synovites tendineuses.

La synovite tuberculeuse des péroniers latéraux peut être aiguë ou chronique.

La synovite chronique revêt deux formes cliniques : la forme à grains et la forme fongueuse. La symptomatologie de ces deux variétés permet le plus souvent de les distinguer l'une de l'autre. Cependant, cette distinction n'est pas toujours possible.

Il peut être également difficile de les différencier d'autres affections. Le diagnostic ne sera fait que par un examen attentif de la région et un interrogatoire minutieux.

La marche de la synovite chronique est lente ; la durée de la synovite à grains riziformes est en général plus longue que celle de la synovite fongueuse.

Cette affection comporte un pronostic grave ; indépendamment de la généralisation aux viscères, elle se complique souvent de lésions articulaires et osseuses.

Dans le premier cas, c'est surtout l'articulation tibio-tarsienne qui est envahie.

Dans le second, ce sont le péroné, l'astragale, le cuboïde, le 5^e métatarsien.

Les complications osseuses, quand elles sont légères, peuvent passer inaperçues, et il faudra les rechercher systématiquement au cours d'une intervention.

Le traitement doit toujours être l'extirpation complète, qui donne d'excellents résultats fonctionnels, et est rarement suivie de récurrence.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Hystérectomie abdominale par incision médiane de l'utérus dans les cas de cancer inopérable par le vagin.

Par M. le docteur BILHAUT (de Paris).

Congrès de gynécologie d'Amsterdam.

Dans les observations que je viens de rapporter, j'ai été frappé de la facilité et de la rapidité avec lesquelles on arrive à enlever l'utérus et les annexes, en ayant recours à la section médiane.

Aucune hémorragie ne se produit au cours de l'intervention. Grâce à l'écrasement des ligaments larges, on peut poser une ligature, qui donne toute sûreté au point de vue de l'hémostase définitive.

Dans les cas que je viens de signaler, aucune opération autre que l'hystérectomie n'était réellement utile. Or, je suis maintenant convaincu que l'hystérectomie abdominale, pratiquée par section médiane, comme je viens de l'indiquer, est une opération réellement bonne. A en juger par la facilité avec laquelle les malades ont supporté le choc opératoire, je suis actuellement porté à croire que cette opération est bénigne, quand elle n'est pas accompagnée de dégénérescence ou de suppuration des annexes.

Au point de vue des résultats, elle m'a donné plus de satisfac-

tion que l'hystérectomie vaginale ; je la juge plus facile à réaliser que cette dernière opération, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'un col friable, et, partant, d'un utérus qu'on ne peut aisément saisir.

Grâce à ce procédé opératoire, on peut non seulement prolonger l'existence des malades frappés de cancer utérin, mais encore améliorer d'une manière inespérée celles, qu'il y a quelques mois, j'eusse considérées comme inopérables. En effet, après l'intervention, je vois les forces se relever, la fécondité disparaître, et les malades reprendre assez d'énergie vitale, pour croire elles-mêmes, à une guérison durable.

C'est là un côté psychique, dont le chirurgien ne doit jamais se désintéresser.

L'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles.

Par Dr. J.-L. FAURE (de Paris).

Congrès de gynécologie et obstétrique d'Amsterdam.

Le traitement des suppurations annexielles par l'hystérectomie abdominale totale gagne tous les jours du terrain. Il est certain que la voie abdominale permet de faire des opérations beaucoup plus complètes et beaucoup plus sûres que la voie vaginale. Par cette dernière on laisse souvent les annexes malades, alors que la voie abdominale permet de nettoyer complètement et parfaitement le petit bassin le plus encombré de poches suppurées.

D'autres part, dans les cas graves, lorsqu'on se trouve en présence de suppurations aiguës et récentes, l'hystérectomie vaginale permet d'obtenir des guérisons presque miraculeuses, alors qu'une intervention abdominale serait presque certainement suivie de mort.

J'ai donc actuellement une tendance très nette à employer l'hystérectomie abdominale dans les cas de lésions bilatérales chroniques, en dehors de poussées aiguës, et lorsque, en un mot, les annexes ne semblent pas être le siège de lésions d'une virulence excessive.

Dans les lésions aiguës qui paraissent commander une intervention immédiate, lorsqu'on a des raisons de croire à la gravité possible d'une inoculation péritonéale, c'est à l'hystérectomie vaginale que je donne la préférence.

Au point de vue technique, j'ai toujours employé le procédé que j'ai décrit, et qui consiste, après avoir sectionné l'utérus sur la ligne médiane du fond sur le col, et pénétré ainsi facilement et sûrement dans le vagin, à enlever séparément, après section de l'insertion vaginale du col, chaque moitié utérine, avec les annexes qui lui sont fixées. L'extirpation de la moitié utérine et des annexes correspondantes se fait ainsi de chaque côté, de bas en haut, et les annexes peuvent être décollées par-dessous, ce qui, au point de vue des facilités opératoires, a une très grande importance.

Dans les cas faciles, lorsque les annexes sont peu adhérentes, ce procédé est extrêmement simple. Mais dans ces conditions, tous les procédés sont faciles. C'est dans les cas très compliqués que sa supériorité est incontestable, et j'estime qu'il permet alors d'enlever des masses annexielles à peu près inopérables par les autres procédés.

J'ai opéré jusqu'ici quatorze malades, dont cinq au moins présentaient des lésions extrêmement compliquées. Une de ces dernières a succombé, toutes les autres ont guéri dans les meilleures conditions.

Traitement chirurgical des myomes utérins.

(Congrès international de gynécologie, Amsterdam).

M. Schanta (de Vienne) termine par les conclusions suivantes :

1° Il ne faut pas opérer les myomes, à moins que les inconvénients dont ils sont cause ne cèdent pas à un autre traitement ;

2° L'hystérectomie totale vaginale doit être considérée comme l'opération la plus sûre et celle qui offre le plus de chances de succès. On la pratique dans tous les cas où la tumeur ne dépasse pas l'ombilic et peut être refoulée dans le petit bassin ;

3° L'hystérectomie abdominale totale est à recommander pour les grands myomes peu mobiles et pour les myomes entièrement ou en partie intraligamentaires ;

4° Quoique l'amputation supravaginale avec traitement intrapéritonéal du pédicule puisse donner momentanément de meilleurs résultats que l'hystérectomie totale abdominale, elle doit cependant être abandonnée pour celle-ci, en vue des résultats définitifs plus favorables que dans les cas où le col n'a pas été entièrement enlevé ;

5° L'amputation supravaginale avec traitement extrapéritonéal du pédicule n'est recommandable que comme opération d'urgence, dans certains cas d'anémie grave, asphixie, faiblesse du cœur, suppuration ou nécrose de la tumeur, pour la vitesse et la facilité de son exécution dont il importe de tenir compte ;

6° L'énucléation vaginale de myomes sous-muqueux à large base par le col dilaté ou par le fornix, après colpotomie antérieure ou postérieure, avec ou sans ouverture du péritoine, doit être restreinte, ainsi que les opérations analogues par voie abdominale, aux cas spécialement indiquées ; les myomes sont, en effet, presque toujours multiples, ce qui fait que les bons résultats ainsi obtenus sont rarement durables, et que, en outre, le danger n'est pas moindre que dans l'opération radicale avec extirpation de l'utérus ;

7° Le curetage étant un moyen incertain et non sans danger, n'est bon à employer qu'au début de certains cas de dégénérescence myomateuse ;

8° La castration pour myomes, donnant des résultats qui ne soutiennent pas la comparaison avec ceux des opérations radicales, eu égard à son incertitude et à son danger, a été peu à peu abandonnée pour celles-ci. Dans quelques cas exceptionnels, où il y a impossibilité de faire l'amputation supra-vaginale avec traitement extra-péritonéal de pédicule, elle peut encore être employée ;

9° L'emploi méthodique de pincés à demeure n'offre pas pour les malades des avantages qui priment ceux des ligatures ; il facilite seulement l'opération dans certains cas typiques, où il se trouve justifié par un danger imminent ;

10° Pour éliminer tout danger de septicémie ou d'exsudation, le drainage de la plaie supra-vaginale dans l'hystérectomie totale, vaginale et abdominale, est d'une grande valeur.

11° Quant à savoir si l'ablation des ovaires doit accompagner l'hystérectomie totale vaginale ou abdominale, la question n'a pas encore été décidée. Aucun des deux procédés (conservation ou extirpation) ne garantit la malade contre les symptômes de la ménopause. Ces symptômes peuvent survenir immédiatement après l'ablation des ovaires, ou après des semaines et des mois, si ceux-ci n'ont pas été enlevés.

M. Doyen (de Paris) expose les conclusions suivantes :

1° Le traitement chirurgical des fibro-myomes doit consister dans leur ablation ;

2° L'extirpation bilatérale des annexes par la laparotomie est généralement abandonnée et n'a d'indication que comme complément de l'ovariotomie, quand il existe des fibromes utérins ne déterminant pas de symptômes graves ;

3° L'ablation des fibro-myomes doit se faire par le vagin quand l'opération est facile par cette voie ;

4° La laparotomie est préférable quand l'hystérectomie vaginale semble devoir présenter de réelles difficultés ;

5° La myomectomie et l'hystérectomie vaginale doivent être pratiquées par l'hémisection antérieure simple ou en V de l'utérus ;

6° Les grosses tumeurs interstitielles sont évitées au tube tranchant et extirpées par morcellement losangique ;

7° L'ablation des gros fibromes pédiculés par la laparotomie présente ses indications spéciales ; la myomectomie abdominale n'est que rarement indiquée ;

8° L'opération de choix pour les fibromes interstitiels multiples et volumineux est l'hystérectomie abdominale totale par décor-tication sous-péritonéale du segment inférieur de l'utérus, avec fermeture du péritoine pelvien.

(Presse médicale).

Des opérations pratiquées sur le col de l'utérus au point de vue des puerperalites futures.

M. PINARD communique à la Société obstétricale et de gynécologie, l'observation d'une femme qui, à la suite d'un curetage suivi d'une amputation du col, a eu deux grossesses terminées toutes deux par des accouchements prématurés au cours du 8e mois. Ce fait, ajouté à ceux qu'il a présentés à la Société, modifie de la façon suivante les chiffres du bloc :

Avant l'opération : 35 grossesses, dont 28 à terme, 7 avant terme, 2 accouchements prématurés, 5 avortements.

Après l'opération : 18 grossesses, dont 5 à terme, 13 avant termes, 8 accouchements prématurés, 5 avortements.

Une opération pratiquée sur le col peut donc faire naître consécutivement un cas de dystocie ; elle peut déterminer des troubles fonctionnels pendant la grossesse : rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré.

Les conclusions suivantes sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité :

1° Des opérations pratiquées sur le col de l'utérus dans de mauvaises conditions peuvent déterminer consécutivement, pour l'organe gestateur, des troubles fonctionnels pendant la grossesse et même des accidents graves lors de l'accouchement.

2° La résection du col, quel que soit le procédé employé, ne doit être pratiquée que sur des indications très sérieuses et par des mains très sûres.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

OBSTÉTRIQUE

De l'allaitement chez les femmes qui ont eu de l'albuminurie de la grossesse.

Par MM. PIERRE BUDIN et CHAVANE.

Une femme qui a de l'albuminurie de la grossesse ou des attaques d'éclampsie, et qui présente encore de l'albumine après l'accouchement, doit-elle allaiter son enfant ? Depuis 1892, nous avons étudié la question, à la Charité, à la Maternité et la Clinique Tarnier. Toutes les femmes, même albuminuriques, nourrissaient : aucun inconvénient n'en résultait, ni pour les mères ni pour les enfants.

Nous avons considéré deux cas :

1° Femmes albuminuriques observées après l'accouchement pendant leur séjour à l'hôpital. — Nous pouvons citer cinq observations d'où il résulte que, chez les albuminuriques aussi bien que chez les éclampsiques, l'allaitement n'a pas été défavorable ni aux femmes ni aux enfants.

2° Femmes albuminuriques observées pendant les mois qui suivent l'accouchement. — Nous avons pu suivre, pendant plusieurs mois, des femmes chez lesquelles l'albumine avait persisté et qui allaitaient leurs enfants. Les résultats ont été excellents. Nous en concluons que, contrairement à l'ancienne opinion, les femmes qui ont de l'albuminurie ou ont eu de l'éclampsie peuvent nourrir leurs enfants. Souvent l'albumine disparaît rapidement. Quand elle per-

siste, ce qui est rare, l'allaitement peut être continué et la guérison de la mère ne paraît pas empêchée. Si la mère n'a pas assez de lait, on peut recourir à l'allaitement mixte. On doit naturellement surveiller les cas de complication ou de contre-indication. Toutes nos malades étaient au régime lacté. Quand à celles qui avaient eu des accès d'éclampsie, elles n'ont commencé à allaiter que lorsqu'elles ont été tout-à-fait remises, ce qui, du reste, arrive assez vite.

(Le Progrès méd.)

PÉDIATRIE

Scrofule et tuberculose.

Clinique de M. GRANCHER.

Voici un enfant qui présente des plaies ulcérées au niveau du cou et des aisselles, plaies dues à des ganglions suppurés ; c'est un enfant qui présente ce qu'on a appelé la scrofule ganglionnaire suppurée, ayant laissé des plaies suppurantes, des ulcérations et des trajets. A l'angle interne de la clavicule droite, il présente également une large plaie de surface : il s'agit là d'une tuberculose cutanée et sous-cutanée qui s'est ouverte et qui a laissé cette plaie rougeâtre, sans bourgeons, sans tendance à la cicatrisation. Chez les enfants, ces gommes tuberculeuses cutanées et sous-cutanées sont fréquentes et on a souvent à faire le diagnostic avec les gommes syphilitiques. Ici, la coexistence de cette lésion avec les ganglions suppurés du cou et de l'aisselle ne laisse pas place au doute : il s'agit bien d'une lésion tuberculeuse. Dans les aines il existe des ganglions multiples arrondis, durs, petits, roulant sous le doigt, que M. Legros a décrits sous le nom de micropolyadénite, signe révélateur de tuberculose. Enfin, à l'examen des poumons, on trouve au poumon gauche et en arrière, de la submatité et un souffle bronchique sec ; en avant et sous la clavicule du même côté la région sous-claviculaire est déprimée, il existe de la submatité et la respiration est affaiblie, lointaine, il n'existe pas de bruits anormaux ; la percussion nous révèle donc les lésions plus que l'auscultation. Il existe une induration du sommet gauche. Le poumon droit est sain. S'il n'y avait du souffle qu'au sommet dans le poumon gauche, on pourrait conclure à l'adénopathie trachéo-bronchique : il peut y en avoir en effet, mais cette adénopathie ne donne pas cette submatité dans la région sous-claviculaire et la dépression sous-claviculaire ; cela fait penser que le poumon lui-même est pris et cela modifie par suite le pronostic et peut-être le traitement. En outre, l'adénopathie trachéo-bronchique a pour complément habituel une toux coqueluchoïde qui n'existe pas chez notre petit malade.

Nous avons donc un enfant atteint de scrofule-tuberculose. Eh bien, s'agit-il en réalité uniquement de scrofule ? La scrofule du poumon a été décrite, on a même décrit une méningite scrofuleuse ; aujourd'hui nous n'admettons plus cela, mais supposons que nous ayons vu cet enfant avant qu'il y ait eu des manifestations pulmonaires, qu'aurions-nous pensé de lui ? On dit que la scrofule est un terrain, mais certains vont un peu plus loin et disent non-seulement que la scrofule est un terrain, un tempérament qui se manifeste avec l'aspect du lymphatisme, avec une physionomie spéciale du sujet, pâleur des téguments, etc., mais en outre que la scrofule a sa petite part de lésions, en dehors même de la tuberculose. Cela est intéressant, même au point de vue pratique, car la scrofule serait le premier degré de la tuberculose avant le bacille, c'est là l'opinion de M. Bouchard, de M. Marfan et peut-être de M. Potain. Bien entendu, les adénopathies, les gommes sont du domaine de la tuberculose parce qu'il y a des bacilles et que, par l'inoculation, on détermine la tuberculose, pas toujours, mais dans un

grand nombre de cas. Mais il y a des lésions pour lesquelles cette démonstration n'a pas été faite et on se demande où il faut classer ces lésions. Je me souviens qu'en 1883 ou 1884, j'ai fait dans l'*Union médicale* un travail sur l'impétigo des enfants. J'avais examiné à ce point de vue 32 enfants, j'avais pris du pus de l'impétigo et je l'avais inoculé à des cobayes, je n'ai jamais reproduit la tuberculose, excepté dans un cas d'impétigo profond ulcéré avec végétations, et c'est un fragment de végétation qui a donné la tuberculose à un animal. On peut donc en conclure qu'ordinairement cet impétigo n'est pas tuberculeux, mais il peut être la porte d'entrée de la tuberculose. Où classer cet impétigo ? Est-ce de la scrofule ou autre chose ? Il y a des impétigos récidivants chez des enfants propres, bien tenus : où faut-il loger ces impétigos ? Il y a des enfants qui, vers l'âge de 15 ou 16 ans, ont, sur la face, le front et les épaules, de l'acné simple ou de l'acné varioliforme, qu'est-ce que cet acné ?

Comment se comportent ces lésions au point de vue thérapeutique ? Ces acnés, ce n'est pas de la tuberculose parce que l'examen histologique le démontre, parce que cela guérit facilement. Ces acnés, ces légers lupus érythémateux, toutes ces efflorescences cutanées guérissent admirablement par l'huile de foie de morue à haute dose qui constitue le seul traitement de ces maladies superficielles de la peau. Leur nature tuberculeuse n'étant pas démontrée, n'y a-t-il pas lieu de les rattacher et de réserver ce petit domaine à l'ancienne scrofule ? Nous aurions ainsi, vous le voyez, non seulement la scrofule terrain, mais aussi la scrofule lésion, celle-ci pouvant être la porte d'entrée de la tuberculose. En ce qui me concerne, j'ai dit que la scrofule est une tuberculose atténuée : en fait la scrofule et la tuberculose ne sont pas éloignées l'une de l'autre ; scrofule veut presque toujours dire tuberculose et le traitement est le même pour les deux.

Pour notre enfant, quel sera le traitement le plus utile ? Evidemment, le traitement général devra tenir la première place. Cet enfant s'est déjà bien trouvé du bord de la mer, il y avait été envoyé, puis il a dû laisser la place à un autre ; mais j'appelle votre attention sur ce point : l'état de son poumon est-il une contre-indication au séjour sur le bord de la mer ? Les médecins ont fait cette remarque que les enfants scrofuleux exposés aux plages et au vent, c'est-à-dire à ce que le climat marin a de plus rude, guérissent plus facilement. Le soleil et l'air pur sont les facteurs de la guérison. Mais, est-ce compatible pour cet enfant avec l'état de ses poumons ? Pour moi, il me semble que, malgré son poumon, il faut le renvoyer au bord de la mer ; je ne crois pas que, dans la belle saison, avec son poumon atteint de scrofulo-tuberculose à évolution lente, le séjour au bord de la mer lui fasse du mal ; ce n'est pas la même chose pour la tuberculose pulmonaire fébrile à évolution plus rapide, pour les éréthiques, les nerveux. Ici, nous avons une lésion pulmonaire sans râles, qui s'est faite lentement sur un terrain scrofuleux, qui appartient plutôt à la scrofule qu'à la tuberculose ; en outre, c'est un enfant plutôt torpide qui se trouvera bien du climat marin.

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

De l'air liquide en thérapeutique.

Par C. T. PEARCE, M. D., Cincinnati.

Dans un article publié dans le *Cincinnati Lancet-Clinic*, l'auteur rapporte son expérience personnelle et les résultats dont il a été témoin à la Vanderbilt Clinic, N. Y., (Dr. G. Fox), et à la clinique dermatologique du docteur Lusk, à l'hôpital Roosevelt, N. Y. (Dr. C. White).

L'air liquide est un *anesthésique local* très satisfaisant : des petites opérations ont pu être faites sans souffrance ; l'application est sans douleur et les tissus ne sont pas altérés.

Semble être un spécifique contre toutes les *névralgies*. Le soulagement est instantané, est persistant : sciatique, névralgie intercostale, hespès zoster, névralgie faciale.

Le docteur White emploie l'air liquide en pulvérisations et en nature sur une boulette de coton.

Lorsqu'on ne recherche pas une perte de substance, on s'adresse à la première méthode, s'agit-il, au contraire, de faire disparaître, d'enlever du tissu, comme les verrues, les nævus, on adopte la seconde.

Un cas de *lupus érythémateux* fut considérablement amélioré ; aussi un épithéliôme de la face.

Les *marques de naissance* disparaissent promptement ; une cède après trois applications, laissant une cicatrice à peine perceptible.

Les furoncles et les anthrax trouvent dans cet agent un ennemi puissant et leur guérison est rapide.

Un *bubon* sur le point de suppurer fut bientôt guéri.

L'extension de l'*érysipèle* est promptement arrêtée.

Une seule pulvérisation amena la guérison d'un immense *chancre phagédénique* du pénis.

Grand nombre d'*ulcères atoniques variqueux* de la jambe furent stimulés et guéris en très peu de temps.

Ces expériences faites, ces bons résultats obtenus ouvrent un champ très vaste tout à fait nouveau, tant en médecine qu'en chirurgie, et on peut s'attendre à de nouveaux succès étonnants.

Le docteur White poursuit ses études au Charity Hospital, Blackwells Island, où il y a une infinité de cas de maladies de la peau qui ont résisté à tout.

Danger de la médication par la glande thyroïde.

Franck recommande de la prudence dans l'emploi de ce médicament. Chez l'homme on a constaté du vertige, de la tachycardie, de la douleur, une faiblesse extrême, et même la mort par défaillance du cœur (Murray, Vermerhen). Chez les animaux, on a noté, à la suite d'une injection massive d'extrait thyroïde, du coma, des convulsions et la mort (Ewald, Langendorff, Gley, Haskover). Lanz a signalé une accélération excessive du pouls ; Charrin, l'amaigrissement rapide ; Dale-James, la glycosurie.

(Revue de thérapeutique).

Sur le traitement de l'épilepsie par la sympathectomie.

Par JABOULAY et LANNOIS.

Les 16 faits personnels à Jaboulay et Lannois ne leur permettent de conclure que ceci : l'on n'a pas encore trouvé dans la section du sympathique, dans l'ablation plus ou moins étendue des ganglions et de la chaîne, le traitement d'avenir pour les épilepsies. L'idée directrice des opérations sur le sympathique dans l'épilepsie était l'hypothèse, d'ailleurs contestable, que l'attaque comitiale s'accompagne d'anémie cérébrale ; d'où l'indication d'amener une modification à la circulation de l'encéphale, pour s'opposer à l'ischémie et balayer les toxines. Mais la perturbation vasculaire ne peut être définitive à la suite de la sympathectomie ; elle doit disparaître, comme celle de la face et des muqueuses qui, expérimentalement, cesse au bout de deux ou trois mois. Si les faits étaient venus donner un démenti à cette objection théorique, il n'y aurait eu qu'à s'incliner ; mais il n'en a pas été ainsi. En résumé, disent Jaboulay et Lannois, si la sympathectomie peut rendre des services dans certains cas, il faut reconnaître qu'elle n'a pas tenu, dans le traitement de l'épilepsie, toutes les promesses qu'en faisaient espérer ses promoteurs.

(Revue de méd. — Rev. neurol.)

L'état inflammatoire de la peritonite.

Le docteur F. Ellingwood, de Chicago, dans son excellent *Traité de matière médicale et de thérapeutique* parle des bons résultats obtenus par un médicament populaire et bien employé — l'Antikamnia — comme analgésique ; il viendrait à la suite de la morphine pour soulager les douleurs et ne produit pas de mauvais effets, même à dose répétée de dix grains (comprimés de cinq grains chacun). Trouve son indication surtout dans la période inflammatoire ; dans la péritonite et dans la pleurésie, il soulage aussi promptement que l'opium, la douleur, le malaise vague, la courbature, et enraye le processus inflammatoire. Ne dérange nullement l'estomac et ne supprime pas les sécrétions. Ce médicament est aussi des plus utiles dans la douleur non inflammatoire et donne grande satisfaction dans les céphalalgies congestives quelle qu'en soit la cause.

Maladies nerveuses**Un cas de névralgie parasthésique traité par la résection du nerf femoro-cutané.**

Par A. SOUQUES (Société de neurologie de Paris)

Une jeune fille de 21 ans souffrait d'une névralgie parasthésique tenace et intense.

En présence de l'intensité des douleurs, j'ai songé à la possibilité d'une intervention chirurgicale. Il me semble qu'on peut conseiller dans les formes graves la résection du nerf femoro-cutané. L'opération est facile et inoffensive. L'anesthésie de la région antéro-externe de la cuisse qui en résulte n'est rien en comparaison des douleurs atroces qui, dans les formes sérieuses, durent des années, parfois toute la vie, et réduisent les malades à un état de véritable infirmité.

Dans le cas présent, la résection du nerf femoro-cutané, pratiquée par M. Mauclair, a amené une très notable diminution des crises douloureuses, à la fois dans leur fréquence, leur intensité et leur étendue. Il est donc légitime de recourir à cette opération lorsque tous les autres procédés thérapeutiques ont échoué.

M. BRISSAUD. — Dans les opérations de ce genre, il serait intéressant de délimiter exactement le territoire anesthésié, avant et après la résection du nerf. Si les anatomistes semblent bien renseignés sur la zone d'innervation du nerf femoro-cutané, en général, nous savons qu'il existe de nombreuses variations individuelles.

M. SOUQUES. — La limitation de l'anesthésie a été fixée par la photographie, huit jours après la résection. Les limites recherchées à diverses reprises ont peu varié.

M. DEJERINE. — L'examen du nerf a-t-il été fait ?

M. SOUQUES. — Oui. Il était absolument sain.

(*Rev. neurol.*)

De l'hypnose et de la suggestion en médecine légale.

Par A. A. TOKARSKI.

L'hypnose et la suggestion sont deux phénomènes distincts.

Dans l'hypnose l'individu est sans défense, ce qui permet la violence. La suggestion criminelle pendant l'hypnose est possible et prouvée par de nombreux exemples.

On doit distinguer la suggestion criminelle pendant l'hypnose provoquée dans ce but, de la suggestion à l'état de veille. Parmi les crimes de la première catégorie, est l'avortement, fort rare d'ailleurs.

Les causes célèbres qui ont eu pour facteurs la suggestion n'ont pas de rapports directs avec l'hypnotisme, telles l'affaire Bastellan, Tenayron-Bomyard, l'affaire de Tissa-Eslar, etc.

Dans l'appréciation de la suggestion hypnotique criminelle il s'agit de prouver tout d'abord que l'hypnose a été provoquée dans un but criminel.

Dans la suggestion non hypnotique, la culpabilité ne peut être établie que si la suggestibilité était d'avance connue ou supposée (enfants imbeciles).

Le nombre de crimes suggérés ne sera jamais grand, ceux-ci sont facilement découverts ; la suggestion criminelle n'est jamais intense, par suite de la résistance qu'elle a rencontrée dans le milieu ambiant. Il n'y a pas lieu de recourir à l'hypnotisme dans le but de contrecarrer la suggestion criminelle ou pour découvrir un crime, parce que 1° cette pratique constitue une violence sur l'individu ; 2° elle peut suggérer de faux témoignages.

(*Soc. de neurol. et psych. de Moscou. — Rev. neurol.*)

DERMATOLOGIE**De l'origine gastrique d'un certain nombre de dermatoses.**

Par M. ROBIN (Académie de médecine).

On a soupçonné depuis longtemps, sans l'avoir démontré et sans en avoir tiré d'applications thérapeutiques, le rôle des dyspepsies dans la genèse de certaines maladies de la peau. Sur 422 dyspeptiques que nous avons étudiés avec M. Leredde, 129 présentaient des dermatoses diverses (acné, eczéma, lichen, prurigo, urticaire, hyperhidrose, furonculose, séborrhée squameuse du cuir chevelu, alopecie séborrhéique, herpès récidivant et même dermatite exfoliatrice). D'autre part nous avons étudié le chimisme stomacal de 30 prurigineux simples ou eczémateux, dont la moitié ne présentait aucun trouble gastrique ou mieux aucun symptôme gastrique. Tous cependant étaient atteints d'une dyspepsie due à une fermentation lactique ou butyrique. Ce dernier acide fut trouvé 28 fois, tandis que chez 100 hypersthéniques gastriques pris au hasard, l'acide butyrique n'a été décelé que 31 fois. En outre quand, au lieu d'avoir une dyspepsie latente, ces prurigineux offraient des accidents gastriques, ceux-ci étaient également toujours attribuables à une dyspepsie par fermentation. Il résulte manifestement de ces recherches qu'il existe une coïncidence constante entre le prurigo et la dyspepsie par fermentation.

Nous croyons que ces fermentations agissent sur la peau des prédisposés soit par l'intermédiaire d'un trouble de la nutrition (insuffisance des échanges généraux, abaissement des oxydations azotées, accroissement de la déminéralisation, etc.), soit par une altération du milieu sanguin (éosinophilie variant de 8 à 9 p. 100), ou bien par élimination directe des acides de fermentation (acidité exagérée de la sueur, acide lactique dans la sueur).

Cette pathogénie comporte un traitement spécial, à la fois interne et externe. Sur 17 malades auxquels nous l'avons appliqué, nous avons obtenu 7 guérisons, 7 améliorations et 3 insuccès.

Pour le mettre en œuvre, il faudra d'abord rechercher la forme de la dyspepsie (hypersthénique ou hyposthénique) dont sont atteints les malades et combattre cette dyspepsie par les moyens appropriés. Il faudra ensuite déterminer le trouble de la nutrition et s'efforcer de le modifier.

Quant aux fermentations gastriques, on les combattra par les fluorures s'il s'agit de fermentations lactiques et, si l'on se trouve en présence de fermentations butyriques, par l'iode double de bismuth et de cinchonidine, le soufre, le soufre iodé, etc.

Tel est dans ses grandes lignes le traitement interne qu'il convient d'opposer aux dermatoses d'origine dyspeptique. Pour le traitement local on aura recours aux différents agents dermatothérapeutiques, mais on pourra aussi utiliser avec avantage des pulvérisations d'une eau saline silicatée, chlorurée sodique ou carbonatée calcique, et on fera suivre chacune de ces pulvérisations d'une application de baume du commandeur simple ou saturée d'aloès.

(*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*)

BACTERIOLOGIE

Sur le sort des bactéries pathogènes dans les cadavres enterrés.

Par KLEIN.

Des recherches de l'auteur, il résulte que du péritoine d'animaux ensevelis dans la terre ou le sable, on peut encore pendant vingt huit jours obtenir des cultures du bacillus prodigiosus auquel ces animaux avaient succombé ; après six semaines, les cultures furent négatives. Le staphylocoque doré a la même résistance. Le vibron cholérique donne des cultures encore après dix-neuf jours, mais pas après vingt-huit. Le bacille typhique vit de quinze à vingt jours, comme le bacille diphtérique. Le bacille pesteux était encore vivant au bout de dix-sept jours, mais jamais au bout de trois semaines. On put colorer des bacilles tuberculeux dans les organes, mais il fut impossible d'obtenir des résultats positifs par l'inoculation : le bacille de Koch ne résiste donc que peu après la mort des animaux.

(Centralblatt für Bakteriologie. — *Indépend. médicale*).

REVUE PROFESSIONNELLE

Note de la rédaction. — Nous tenons à avertir nos lecteurs que nous laissons à nos correspondants, tout en leur faisant un chaleureux accueil, l'entière responsabilité de leurs opinions.

Monsieur le rédacteur,

Je ne m'explique pas que le comité préposé à la réorganisation électorale par le Collège des Médecins lors de sa dernière réunion à Montréal, ait, de sang-froid et à sens reposés, consacré de nouveau l'injustice faite à la division de Saint-Hyacinthe par l'élection des gouverneurs en juillet de l'an passé.

Dans la mêlée d'alors, afin de faire disparaître de la direction certaines nullités encombrantes et même dangereuses — les documents qui restent le prouvent — il a peut-être paru nécessaire à ceux qui ont conduit le mouvement dans notre division, de faire quelques concessions inutiles et déplacées en sacrifiant nos droits devant la tactique, mais je m'aperçois que ce qui, alors a été permis comme moyen de lutte, menace de ne point se modifier.

C'est-à-dire que nous qui avions auparavant deux gouverneurs, nous devons n'en plus avoir qu'un seul. C'est-à-dire que la ville de Saint-Hyacinthe, les comtés de Saint-Hyacinthe, de Bagot, de Rouville n'auront qu'un représentant, quand Sherbrooke et le comté seul en auront deux... Pourquoi ?...

Où, pourquoi surtout enlever à notre division son gouverneur quand on se propose d'en augmenter le nombre total et de le porter à 43 à l'avenir ?

Le nouveau bureau a jusqu'ici bien agi en modifiant très habilement et très justement beaucoup de choses, il faut le dire, mais il me semble qu'il se met en frais de vouloir légaliser un nouveau changement que la population et l'importance de notre division ne permettront point d'accepter sans lutter.

Et j'espère qu'aux élections qui sont déjà prochaines, si l'espèce de *gerrymander* qui se prépare au détriment de notre district devient en vigueur, nous tâcherons de nous grouper assez intimement cette fois pour ne pas faire la sottise après le combat d'offrir l'hôte à nos voisins et de nous partager naïvement les écailles.

Saint-Hilaire.

S. CHOQUETTE.

FORMULAIRE

PELADE. — *Balzer*.

Acide lactique..... 1 partie.
Eau distillée..... 2 parties.

Pour frictions quotidiennes. Ou :

Alcool à 60°..... 3 parties.
Acide lactique..... 1 partie.

Pour frictions deux fois par jour.

En même temps faire l'antisepsie du cuir chevelu avec la liqueur de Van Swieten.

(*Gazette des hôpitaux*).

URÉTHRITE BLENNORRAGIQUE. — *Horovitz*.

Bleu de méthylène..... 1 à 2 grains.
Huile de bois de santal..... 3 gouttes.
Oléorésine de copahu..... 3 —
Huile de cinnamome..... 1 —

Pour une capsule.

Dose : Une capsule trois fois par jour.

(*Bullet. général de thérap.*)

QUESTIONS ET REPONSES

- 8° A-t-on employé l'hypnotisme comme succédané du chloroforme ou de l'éther dans les opérations chirurgicales ?
- 9° Les mariages consanguins sont-ils réellement préjudiciables à la descendance ?

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la perte douloureuse que vient d'éprouver notre distingué confrère, le docteur Gaspard Archambault, par la mort de son épouse, Marie-Louise Papin, le 29 août dernier.

Madame Archambault n'avait que 46 ans et 20 jours ; elle était la fille unique de cet orateur puissant, Joseph Papin, qui mourut, lui aussi, dans la fleur de l'âge.

Les funérailles ont eu lieu vendredi, le 1er septembre, au milieu d'un grand concours de parents et d'amis.

REVUE DES LIVRES

ABBÉ ROUSSELOT. — Historique des applications pratiques de la phonétique expérimentale. — Extrait de *La Parole*, Paris.

NOUVELLES.

— Le docteur Sanger, de Leipzig, le gynécologue bien connu, est maintenant professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'université de Prague.

— Le célèbre gynécologue de Berlin, A. Martin, vient d'être nommé professeur ordinaire de gynécologie à l'université de Greifswald.

SOMMAIRE

	PAGES
REVUE DES JOURNAUX.....	73
Nature de la leucémie aiguë. — Un nouveau procédé pour le traitement du varicocèle, opération de Parona. — Serofule et tuberculose, clinique de M. Grancher, (suite). — De l'enchâtonnement du placenta, par J. Audibert, (suite).	
REVUE PROFESSIONNELLE.....	76
L'enseignement médical. — Médecins et pharmaciens. — L'enseignement médical à la Faculté de médecine. — Les thèses de Paris.	
FORMULAIRE.....	79
QUESTIONS ET REPONSES.....	79
NOUVELLES.....	80

Revue des journaux

MEDECINE

Nature de la leucémie aiguë.

Il semble que depuis quelque temps la leucémie aiguë soit une affection à l'ordre du jour ; nous voyons en effet de nombreux rapports spéciaux sur cette curieuse maladie aux divers congrès de Vienne, de Bade, de Berlin, de Carsbad, et enfin, tout récemment, de Lille. Il y a quelque mois, MM. Gilbert et Weil publiaient un travail d'ensemble sur ce sujet dans les archives de Médecine expérimentale et comparée ; nous-mêmes, en collaboration avec M. le Dr. Oulmont, avons observé un cas de leucémie aiguë, dont on trouvera la relation dans les comptes rendus de la Société de Biologie de cette année.

Il résulte de ces divers travaux que la leucémie aiguë est parfaitement définie quant à ses symptômes et quant à ses lésions ; mais, en dépit des nombreuses recherches récentes, sa nature nous est encore absolument inconnue. Est-ce une maladie infectieuse ou toxi-infectieuse, ou bien est-ce une sorte de néoplasie ganglionnaire à marche aiguë ? Nous n'en savons encore rien ; et la diversité des résultats obtenus par les observateurs n'est pas de nature à nous éclairer davantage sur ce sujet. Néanmoins, comme la leucémie, maladie toute nouvelle, n'est pas exceptionnelle et que, comme telle, elle intéresse tous les praticiens, nous allons rapidement exposer les pièces du procès, sans prendre parti pour ou contre une théorie. Et afin que l'exposé soit le plus complet possible, nous allons présenter les divers arguments que l'on peut tirer, non seulement des recherches bactériologiques, mais aussi de la clinique, de l'anatomie pathologique et de l'étiologie.

La leucémie est surtout une maladie allemande, puisque Ebslein, puis Fränkel en ont pu réunir, en peu de temps, près de 56 observations. L'affection est plus rare en France, mais elle n'est pas exceptionnelle, car depuis qu'elle est mieux connue, les observations se sont multipliées (Apert, Gilbert et Weil, Oulmont et Ramond). Néanmoins, il semble bien que la race saxonne soit plus prédisposée que toute autre race. Si nous ajoutons que dans un fait resté unique, la leucémie se comporta comme une maladie contagieuse (observation d'Obrastzow) ; nous en avons fini avec ce que nous connaissons de précis sur l'étiologie de la leucémie, et il est impossible, comme on le voit, d'en tirer une conclusion ferme sur la nature néoplasique ou infectieuse de la leucémie.

La symptomatologie, elle, nous donnera des éléments mieux définis ; la leucémie évolue en effet comme une maladie infectieuse ; elle débute souvent par une angine fébrile, suivie de courbature, de

frissons, d'anorexie ; puis, très rapidement, les ganglions cervicaux s'hypertrophient d'une façon considérable ; la fluxion gagne bientôt les ganglions du médiastin, et, continuant sa marche descendante, ne tarde pas à envahir tous les organes lymphatiques de l'organisme. Le foie et la rate débordent les fausses côtes ; le ventre se ballonne, la diarrhée est fréquente. En même temps, la fièvre est vive et continue, des hémorragies se produisent par les gencives, la muqueuse nasale ; les urines, assez abondantes cependant, contiennent une forte proportion d'urée et surtout d'acide urique et d'urates ; parfois elles sont albumineuse ou sanglantes.

En dépit de toute thérapeutique, la marche de la leucémie est fatalement progressive ; au bout de trois semaines, un mois ou deux, rarement davantage, le malade ne tarde pas à succomber.

Il n'est pas besoin d'insister outre mesure sur le cachet infectieux de ce syndrome ; tout rappelle une infection, à début ganglionnaire, et se généralisant rapidement à tous les viscères. Les partisans de l'origine microorganique de la leucémie n'ont pas de meilleur argument. Mais l'examen histologique du sang et des tissus du leucémique ne donne pas des résultats bien favorables à cette dernière interprétation ; les globules rouges sont moins abondants ; leur aspect est variable, leur teneur en hémoglobine diminuée ; certains sont pourvus d'un noyau. Par contre, les globules blancs sont très nombreux et atteignent quelquefois des chiffres considérables (500.000 par millimètre cube) ; cette augmentation de nombre est élective ; et porte sur les grands leucocytes mononucléaires, et suivant que leur protoplasma contient ou non des granulations neutrophiles, la leucémie porte le nom de leucémie myélogène ou de leucémie lymphatique. Cette terminologie a été proposée par Ehrlich et Lazarus. Ces auteurs supposent en effet que les mononucléaires neutrophiles dérivent de la moëlle osseuse, les autres, du système lymphatique. Quoi qu'il en soit, ces leucocytes sont hypertrophiés ; leur noyau se colore mal ; le protoplasma, mal délimité, est peu abondant. Ils sont immobiles. Le reste des leucocytes subit également quelques modifications, surtout quantitatives ; les polynucléaires, qui normalement représentent les 60 à 70 % du nombre total des cellules blanches du sang, sont rares, et ne dépassent pas le chiffre de 25 % ; de même, les lymphocytes et les petits leucocytes mononucléaires sont beaucoup moins abondants que normalement. Rien, dans cette formule hématique donnée par Fränkel, et reconnue exacte par tous les auteurs, ne rappelle l'infection ; en effet, la présence de bactéries et de leurs sécrétions toxiques dans l'organisme se révèle le plus souvent par une leucocytose polynucléaire et jamais on ne voit cette augmentation énorme de grands mononucléaires ; de plus, dans toute inflammation, les leucocytes conservent leurs dimensions ; ici, rien de semblable, les gros leucocytes mononucléaires sont agrandis, leur protoplasma et leur noyau sont profondément modifiés, et ne rappellent en rien les dégénérescences nucléaires ou protoplasmiques des leucocytes au cours de certaines infections.

De même les lésions histologiques des divers organes sont spéciales et nullement comparable à celles que l'on observe dans toute infection en général. Les ganglions hypertrophiés sont constitués dans la leucémie par une sorte d'hyperplasie du réticulum normal, dans les mailles duquel se rencontrent une foule de petites cellules mononucléaires, mélangées ou non de quelques grands mononucléaires avec ou sans granulations, suivant le genre de leucémie considéré. Le foie et les reins n'offrent pas ces infiltrations embryonnaires, si fréquentes dans les infections, mais bien des formations plus complexes, rappelant en tous points le tissu lymphoïde de His. Il se constitue, dans ces organes, de petits nodules ayant la structure du tissu lymphatique embryonnaire, c'est-à-dire offrant un réticulum fin et délicat avec l'infiltration de petites cellules dans les mailles de ce réticulum. Cette formation de tissu lymphoïde, caractéristique de la leucémie lymphatique, se rencontre dans la plupart des viscé-

res, dans la moëlle osseuse également, le tissu cellulaire sous-cutané, les parois intestinales, etc. La leucémie myélogène s'en distingue par quelques particularités secondaires, qu'il serait trop long de décrire en détail.

Il semble donc que la lésion anatomique de la leucémie plaide pour son origine non infectieuse ; et c'est, sans nul doute, l'argument le plus redoutable, mis en avant par les partisans de la nature néoplasique de la leucémie. Il ne faut cependant pas être trop absolu. Il est possible que nous ne connaissions pas encore toutes les réactions d'infection, que certains microorganismes non encore décrits, influencent l'organisme d'une façon spéciale ; l'erreur de Virchow à propos de la tuberculose doit nous servir d'exemple. D'ailleurs, des recherches toutes récentes sur les sporozoïtes nous montrent bien qu'à côté des infections bactériennes il en existe d'autres, bien différentes et ressortant de l'envahissement de l'organisme par des sporozoïtes.

Reste enfin un dernier moyen d'élucider la nature de la leucémie ; c'est la culture et l'inoculation du sang et des humeurs du leucémique. Les tentatives de ce genre sont nombreuses, et malheureusement elles sont loin d'être démonstratives. Hintze rencontre un coccus indéterminé et mal défini dans le sang, Powysotsky et Osterwald dans les ganglions ; Fränkel put isoler dans plusieurs cas des staphylocoques, un streptocoque et un bacille analogue au bacille d'Escherich. La diversité de ces résultats, comparée à la spécificité clinique et anatomique de la maladie, montre bien les réserves que comportent ces recherches. D'ailleurs, il n'est pas dans les habitudes des microbes décrits de produire des lésions aussi spéciales que celles de la leucémie. Il est donc très probable que les microbes isolés sont des microbes d'infection secondaire, ayant fait irruption dans le torrent circulatoire par une ulcération buccale, amygdalienne ou intestinale.

Mannaberg, et, tout récemment, Löwit crurent avoir trouvé le parasite spécifique, et décrivent l'un un sporozoïte qui n'a plus été retrouvé, le second deux variétés d'amibes. Mais la réserve avec laquelle fut accueillie la découverte de Löwit, au Congrès de Carlsbad, les nombreuses critiques qui lui furent faites, en dépit des preuves qu'il soumit à l'appréciation des membres du Congrès, montrent avec quelle circonscription il faut admettre les conclusions de Löwit.

D'ailleurs, en regard des résultats positifs obtenus par les auteurs précédents, il faut placer les recherches infructueuses de beaucoup d'expérimentateurs. Lesensemencements pratiqués avec le sang des leucémiques n'ont donné lieu à aucune culture entre les mains de Mosler, Nette, Troje, Fränkel, Westphal, Guttmann et Litten, Askaennazy. Il y a quelques mois seulement, MM. Gilbert et Weil n'était pas plus heureux dans leurs recherches que leurs devanciers. Enfin, nous-même, en collaboration avec M. Oulmont, nous avons effectué tous lesensemencements possibles, soit en présence de l'air, soit, — ce qui n'avait pas été encore fait, — à l'abri de l'air ou en sac de collodion, d'après la méthode de Witschnikoff ; l'inoculation fut appliquée à tous les animaux de laboratoire, y compris le chien, et rien dans les résultats n'a pu nous permettre de soupçonner la présence d'une bactérie ou d'un sporozoïte.

On voit combien la conclusion est difficile. En présence de tous ces éléments disparates, mieux vaut réserver son appréciation. Il en est de la leucémie comme de la carcinose aiguë ; l'évolution clinique affirme la nature infectieuse de la maladie ; l'anatomie et l'expérimentation restent muettes. Peut-être, avec les progrès de la science, en sera-t-il de ces affections ce qu'il en a été de la tuberculose, surtout de la tuberculose aiguë : une découverte ultérieure permettra de cataloguer la leucémie dans les infections. Mais ceci n'est qu'une hypothèse, dont rien encore n'annonce la solution.

F. RAMOND, in *Le Progrès médical*.

CHIRURGIE

Un nouveau procédé pour le traitement du varicocèle.

Opération de PARONA.

PARONA a imaginé un nouveau procédé opératoire qui consiste essentiellement à suspendre le testicule à l'orifice inguinal externe au moyen de sa propre vaginale excisée et retournée en doigt de gant.

Voici comment il l'exécute :

Sur une longueur de 5 à 6 centimètres, à partir de l'orifice externe de l'anneau inguinal, il fait une incision sur le scrotum. Il isole alors le cordon et le testicule qu'il sort des bourses en ayant soin de ne pas blesser la vaginale. Cela fait, il incise cette dernière à la partie antérieure du testicule, il fait l'incision assez grande pour permettre de la retourner vers le haut et il la porte ainsi vers l'orifice inguinal en recouvrant et entourant, comme ils le seraient dans un sac, le cordon et ses veines variqueuses.

Il fixe alors la vaginale au pourtour de l'orifice externe au moyen de 5 ou 6 points de suture en évitant de tordre le testicule et le cordon. Il fait ensuite l'affrontement et la suture superficielle.

Si les faisceaux veineux sont trop volumineux il enlève, avant d'ouvrir la vaginale, une petite portion des veines les plus grosses.

L'auteur a exécuté son opération jusqu'au 15 janvier, en tout neuf fois. COMETTI, de Novare, l'a employée, lui aussi, deux fois. Naturellement les résultats opératoires ne datent pas de très longtemps, on ne peut encore répondre de la valeur absolue du procédé. Mais ce qu'on peut dire, c'est que les malades opérés depuis juillet 1897, vont bien, que leur infirmité est entièrement disparue, que leur testicule conserve le volume et la consistance normale et qu'ils sont enfin débarrassés des incon vénients dont ils avaient souffert et cela sans avoir rien perdu de leur puissance et de leur santé. Ce procédé semble donc avoir pour lui tous les avantages, exécution facile, guérison prompte, succès durable.

Ce procédé a été employé diverses fois à Bruxelles, par Dervaux, dans le service de M. Gallet. Il a été employé en tout cinq fois, dont trois varicocèles et deux hydrocèles.

D'après les observations que me communique M. Dervaux, le résultat a toujours été parfait, la réunion *per primam* obtenue, et le malade se levait huit à dix jours après l'opération et quittait l'hôpital.

Nous nous trouvons donc en face d'un procédé simple, sans aucun danger, pourvu que toutes précautions aseptiques soient prises, ne semblant pas modifier la fonction de la glande et donnant une guérison rapide qui se maintient.

Il mérite donc d'être appliqué sur une plus large échelle et peut-être de supplanter tout à fait ses prédécesseurs.

(*La Clinique.*)

PEDIATRIE

Scrofule et tuberculose.

Clinique de M. GRANCHER.

(*Suite. — Voir n° 9.*)

Donc l'aération continue sur le bord de la mer sera le meilleur traitement général pour cet enfant couvert d'adénopathies multiples suppurées ; on lavera ces plaies et de plus on injectera à l'intérieur des ganglions de l'éther iodoformé. Quelle formule d'éther iodoformé adopter ? Avec la formule classique de Verneuil qui est de 1 pour 10 (une partie d'iodoforme pour 10 d'éther), nous avons

failli tuer un enfant. Il avait un énorme abcès froid du mollet avec certainement un litre de pus tuberculeux, il avait aussi un spina ventosa ; nous avons endormi ce malade, nous avons ponctionné son abcès et nous y avons injecté de l'éther iodoformé ; que s'est-il passé ? L'action de l'éther s'est surajoutée probablement à celle du chloroforme, l'enfant est devenu subitement pâle, a cessé de respirer et nous avons eu toutes les peines pour le ranimer. M. Lannelongue a modifié la formule précédente et il emploie celle-ci :

Iodoforme.....	10 gr.
Ether.....	10 —
Créosote de hêtre.....	2 —
Solution d'amandes douces.....	90 —

Il en injecte 30 à 40 grammes pour un abcès assez volumineux, cela représente deux ou trois grammes d'iodoforme. On peut injecter aussi du naphthol camphré suivant cette formule :

Naphthol b.....	1 gr.
Camphre.....	2 —

Il ne faut pas craindre d'y revenir. Pour M. Lannelongue, il faut y revenir tous les quinze jours.

Est-ce que le curettage de ces ganglions suppurez est indiqué ? Il y a quelques années, tout le monde faisaient le curettage. J'ai vu un enfant qui a été cureté à plusieurs reprises et qui présentait de nombreuses cicatrices opératoires ; cet enfant a parfaitement guéri avec le traitement chirurgical. Aujourd'hui les chirurgiens sont beaucoup moins interventionnistes dans ce cas. Il y a chez notre enfant beaucoup de ganglions : comment est-on sûr de tout enlever et de ne pas laisser quelques fragments de cette membrane tuberculigène dont parle M. Lannelongue, et, par suite, comment est-on sûr qu'il n'y aura pas de récurrence ? Le cas que je viens de vous citer est assez démonstratif à cet égard. S'il n'y avait qu'un ganglion et qu'on fût sûr de pouvoir l'enlever entièrement, on pourrait intervenir. Plusieurs chirurgiens, notamment M. Brun, que j'ai consultés, m'ont donné leur opinion sur les indications de l'intervention dans les cas de tuberculose soit ganglionnaire, soit osseuse ou ostéo-arthritique. Cette opinion est la suivante : dans les lésions ostéo-articulaires tuberculeuses, l'intervention est indiquée :

1° Lorsqu'il y a une suppuration étendue intra-articulaire, péri-articulaire et osseuse, en un mot quand il existe une grande collection de pus.

2° Lorsqu'il y a ankylose ou position vicieuse nécessitant une résection ou une réduction.

Une contre-indication à l'intervention existe lorsque celle-ci doit entraîner de grands délabrements osseux, par exemple, si elle doit comporter l'enlèvement de toute une phalange dans le cas de spina-ventosa. Il vaut mieux alors laisser les portions nécrosées s'éliminer d'elles-mêmes et la cicatrisation se faire spontanément.

3° Dans le cas de tuberculose ganglionnaire, — ceci nous intéresse plus particulièrement aujourd'hui, — l'intervention est indiquée lorsque les ganglions sont bien délimités, faciles à disséquer ; mais lorsqu'il existe des amas ganglionnaires dont la dissection nécessiterait de grands délabrements et comporterait le danger de blesser des vaisseaux ou des organes importants, l'opération est contre-indiquée.

C'est l'opinion de M. Brun, mais j'ajoute pour mon compte que, dans ce dernier cas, le danger consiste aussi à laisser des tubercules et consiste aussi dans les récurrences, et de plus, quoiqu'on n'y croie pas, dans l'invasion de l'organisme, et si l'on voit survenir par la suite chez l'enfant une méningite tuberculeuse, on vous le reprochera et on croira à une conséquence de l'opération.

Le traitement actuel est donc :

1° Pour les ostéo-arthrites tuberculeuses, immobilisation dès le début dans le plâtre et en bonne position ;

2° S'il y a des fongosités, il faut pratiquer des injections avec la méthode sclérogène, c'est-à-dire une, deux ou trois gouttes de chlorure de zinc autour de l'articulation ;

3° S'il y a suppuration, évacuation du pus par une incision ou une ponction, avec ou sans curettage suivant les cas ;

4° Pour les adénites : enlever les ganglions s'ils sont isolés, ponctionner s'ils sont ramollis avec injections modificatrices.

Le traitement de notre enfant nous le connaissons maintenant. Mais j'ai entendu dire que certaines stations d'eaux salines, à Salies-de-Béarn, par exemple, sont de très bons modificateurs : enverrions-nous d'abord les enfants dans ces stations avant de les envoyer au bord de la mer ? J'ai vu des malades qui se sont très bien trouvés de ces stations, malades que le climat maritime n'a pas améliorés ; on peut donc espérer de ces stations de très bons résultats. D'ailleurs, à Biarritz, les deux choses sont réunies et on peut faire depuis quelques années la cure marine et la cure d'eau salée ; malheureusement cette station n'est pas ouverte aux pauvres.

J'ajoute qu'on prescrira à notre enfant une très forte alimentation, des aliments très nourrissants, mais à faible volume, en même temps l'huile de foie de morue à haute dose. Autant il est difficile de guérir la tuberculose des adultes, autant l'enfant profite des ressources qu'on met à sa disposition. C'est par l'enfant qu'il faut guérir la tuberculose !

(Indépendance médicale).

OBSTÉTRIQUE

De l'enchatonnement du placenta.

Par J. AUDEBERT.

(Suite. — Voir le n° 8.)

Voyons maintenant quelles sont les causes de l'incarcération. Les auteurs du siècle dernier invoquaient parfois une étiologie discutable. C'est ainsi que les frictions faites mal à propos sur le fond de l'utérus, surtout avec les mains froides, l'emploi des instruments, le refroidissement, les émotions vives, jouaient un rôle considérable dans la production de ces accidents. Ces accoucheurs avaient vu plus justement en assignant aux *tractions prématurées et maladroitement* sur le cordon une grande importance. Dans une de mes observations, en particulier, cette cause paraît incontestable, malgré les allégations de la sage-femme qui prétendait n'avoir exercé que des *tractions légères* quelques minutes après l'accouchement. Or l'enfant était à terme, le cordon de volume moyen autant qu'on pouvait en juger après la rupture, et des tractions légères ne suffisent pas d'ordinaire pour amener la déchirure de la tige funiculaire. Dans mes autres observations je n'ai pas retrouvé le même facteur étiologique. Mais il est bon de remarquer que, sur les cinq autres femmes qui ont présenté cette dystocie particulière de la délivrance, quatre étaient primipares. La *primiparité* me paraît constituer une cause prédisposante de la plus haute importance ; il est évident que les conditions qui favorisent les contractions spasmodiques et la tétanisation se rencontrent surtout chez les femmes dont le muscle utérin entre pour la première fois en suractivité fonctionnelle.

Sur le premier plan, on peut faire figurer la *distension exagérée* de la matrice par une grossesse gémellaire ou par de l'hydramnios, les adhérences anormales du placenta et l'accouchement trop rapide ; toutes causes dont l'influence cependant me semble avoir été fort exagérée.

Je ne puis en dire autant de l'administration du *seigle ergoté* dont les méfaits ne se comptent plus. Une cause non moins réelle d'enchatonnement se rencontre dans l'existence de *malformations utérines* (utérus biseptus, bicornis, cordiforme, etc.).

Des faits relatés plus haut, il ressort encore que la *longueur du travail* exerce sur la formation du chaton une action aussi incontestable. Une fois, dans mes observations, le travail a duré 38 heures, une autre fois plus de 24 heures, la moyenne a été de 20 heures, chiffre sensiblement supérieur à la normale, qui est de 12 à 14 heures pour les primipares, de 6 à 8 heures pour les multipares.

Enfin la rupture précoce des membranes a été notée une seule fois. Les membranes se sont rompues 17 heures avant l'accouchement. Mais il est bien possible que cette rupture prématurée soit restée inaperçue dans les observations prises en ville, aussi je ne puis tirer à ce point de vue aucune conclusion sérieuse.

On peut résumer en trois mots les symptômes de l'enchatonnement : déformation du fond de l'utérus, rétention placentaire, hémorragie qui peut persister après l'évacuation complète du diverticule. Quand on a suivi attentivement tous les phénomènes de la parturition ou quand on a eu la bonne fortune d'observer cette triade symptomatique (déformation, rétention, hémorragie), il est facile d'établir le diagnostic anatomique de la dystocie placentaire.

Mais le plus souvent, les choses ne se passent pas ainsi. L'accoucheur est appelé en toute hâte auprès d'une nouvelle accouchée pour une de ces deux raisons : ou bien une hémorragie abondante s'est déclarée, ou bien quoique l'expulsion du fœtus remonte déjà à 1 heure, 1 h. $\frac{1}{2}$, la délivrance ne s'est pas faite, il y a rétention placentaire. Il s'agit donc de reconnaître rapidement la cause de l'hémorragie ou de la rétention. Mon intention n'est point de reprendre en détail l'étude particulière de toutes les anomalies de la délivrance qui ont pour conséquence l'hémorragie et la rétention du délivre, pas plus que d'établir leur diagnostic différentiel. Je désirerais seulement préciser en quelques mots par quels moyens on pourra, en pareille circonstance, reconnaître qu'il s'agit bien d'un enchatonnement.

Le premier soin de l'accoucheur doit être de pratiquer le palper. Il s'assurera ainsi du volume, de la consistance et de la forme de l'utérus. Je ne parlerai pas des déductions qu'il obtiendra par le palper telles que : hauteur de l'utérus, mollesse, etc. Ces notions sont aujourd'hui trop entrées dans la pratique courante pour qu'il soit utile d'y insister.

A l'aide de la palpation abdominale, on constatera, que le dôme utérin parfaitement arrondi jusqu'alors devient irrégulier, qu'une corne, le plus souvent la droite présente une saillie anormale. Si des recherches plus attentives démontrent l'existence d'une tumeur attenant à l'utérus (dans une observation, on avait diagnostiqué un fibrome sous-péritonéal), on devra supposer que l'hémorragie ou la rétention sont bien dues à l'enchatonnement du délivre.

(à suivre)

REVUE PROFESSIONNELLE

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Note de la rédaction. — Nous croyons devoir intéresser vivement nos lecteurs, en reproduisant de *La Presse* de samedi dernier cette correspondance qui a fait tant de bruit dans le monde universitaire et qui touche à des questions de la plus grande actualité.

Nous avertissons de nouveau nos lecteurs que, sans vouloir prendre la responsabilité d'aucune correspondance, nous sommes heureux d'ouvrir nos colonnes à tous ceux qui voudront bien y traiter, d'une façon courtoise, de ces questions qui intéressent soit le corps médical, soit le public en général.

Monsieur le Directeur,

Il y a eu, tous ces temps-ci, gros émoi dans notre monde médical, à propos de certains actes de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal.

Depuis que la Faculté s'est adressée au public pour la formation de ses chaires, celui-ci a bien le droit de se préoccuper de ses actes d'intérêt général. Il ne lui est pas indifférent, non plus, dans l'intérêt de ce qu'il y a de plus précieux : sa santé, que l'enseignement qui s'y donne soit capable de former de bons praticiens.

L'enseignement médical est plus que tout autre, d'intérêt public.

La cause de l'agitation récente, est le mode de choix actuel des professeurs agrégés.

L'octroi d'un titre qui impose des devoirs sérieux envers la société, ne peut, et ne saurait, en aucun cas, dépendre des intérêts d'un ou de plusieurs, ou bien encore de petits arrangements de famille.

D'aucuns se plaignent, cependant, que la justice et l'intérêt de l'enseignement soient sacrifiés à la faveur et au népotisme, dans le choix de ceux qui sont les recrues futures du professorat.

Ces plaintes sont justes.

Mais nous n'y pouvons rien, n'ayant aucun recours contre les décisions des professeurs : ces Messieurs ont le pouvoir absolu d'adopter le mode de nomination qui leur plaît, et de choisir comme agrégés qui bon leur semble.

Il ne faut pas oublier que l'École de médecine est un corps particulier indépendant de la profession et du public, et que ses membres ont le droit absolu d'agir suivant leur bon plaisir.

Dieu sait qu'ils n'y manquent point.

Un des membres de la Faculté ne disait-il pas dernièrement : " Pour entrer à l'École, il faut vous rendre agréables aux professeurs. "

Ainsi, pour arriver à la Faculté, il faut que vous plaisiez aux professeurs, c'est-à-dire, que vous les appeliez en consultation auprès de vos malades, que vous ne les adressiez qu'avec le titre de vieux maîtres, chers maîtres, professeurs distingués, etc., — malgré vos convictions souvent contraires.

Auriez-vous les plus beaux titres scientifiques, si vous n'avez le don de leur plaire, ils vous répondront en chœur : " Non dignus es intrare in docto corpore nostro. " Le professeur est tout puissant sur vous.

Aussi, ce système autocratique et personnel a-t-il pour résultat de ravaler la jeunesse en lui imposant la préoccupation constante de rechercher la protection du professeur, une voix de plus, afin d'avoir à un moment la majorité favorable.

Nous en constatons, tous les jours, les malheureux effets, dans nos relations professionnelles et sociales entre médecins.

Depuis vingt-cinq ans, l'École de médecine n'a été qu'une cause de division entre les membres de la profession, et de retard au progrès de l'enseignement.

L'œuvre de l'enseignement médical, pourtant, est assez considérable, qu'il n'y a pas trop des efforts réunis de tous les membres de la profession, pour en assurer le succès.

Il n'y a pas que le mode de nomination des agrégés qui laisse à désirer à l'École.

Entr'autres choses, l'enseignement qui se donne au chevet du malade, est déplorablement négligé par la plupart des professeurs.

Pourtant, c'est bien au lit du malade qu'on forme de bons praticiens, capables de ne pas trop se tromper sur le diagnostic des maladies les plus fréquentes, armés pour faire un peu de bien et ne jamais faire de mal.

Sans répéter les plaisanteries trop faciles sur ceux qui, depuis Molière, ont fait tant de progrès, il ne faut pas moins avouer que bien des médecins quittent l'École, avec une expérience pratique

insuffisante. Dès lors ils peuvent nuire à leur clients, et non pas seulement à leurs débuts, mais bien toute leur vie, car la clientèle n'apprend que peu de choses et la pratique la plus longue ne remplace jamais la solide éducation première.

Cet enseignement clinique, qui fait d'un étudiant un médecin, doit être consciencieusement donné.

On peut compter les médecins qui obligent les élèves à examiner un malade, à formuler un diagnostic et un traitement.

En outre, ces cliniciens enseignent ce que bon leur semble, sans gradation aucune, sans souci de tout montrer à de futurs praticiens.

Même — il faut tout avouer — quelques-uns de ces professeurs sont un peu négligents. J'en connais qui, l'autre année, n'ont pas donné cinq cliniques : ils sont payés cinq cents piastres pour ça. C'est un peu cher, incontestablement surtout lorsque ces leçons sont données dans un charabia anglo-français.

En somme, quand un étudiant se présente aux examens, il ne sait guère que ce qu'il a appris tout seul.

Il faut donc des réformes. Il y a mieux à faire avec les seules ressources de l'École, que ce qu'on a fait jusqu'ici.

La fondation d'un de nos hôpitaux n'est pas, comme on le prétend, l'œuvre de l'École de Médecine, mais bien celle des citoyens de Montréal. Cette institution prête gracieusement ses services hospitaliers à l'École pour y donner ses cliniques. Mais il ne faut pas que cette heureuse fondation devienne la chose de l'École, car il serait à craindre qu'elle ne perdît de sa très juste popularité actuelle.

Quoi qu'on en dise, en certains lieux, les laboratoires de la faculté dont on se prévaut beaucoup devant le public, mais qui profitent si bien aux élèves parce qu'ils sont organisés, ont été installés à l'aide de fonds souscrits par des membres du clergé.

Lorsque, pour des raisons d'âge ou autres, un professeur abandonne l'enseignement, est-il juste que l'agrégé qui lui succède donne le cours sans être payé, tandis que celui-là continue à recevoir les émoluments attachés à cette chaire ? Un salaire de professeur est-il une rente viagère ?

Toute peine mérite salaire : l'agrégé chargé d'un cours que ne donnera plus le professeur titulaire doit en retirer les honoraires.

Dans les facultés mieux organisées on reconnaît les services passés du professeur qui cesse d'enseigner en lui conférant le titre de professeur émérite ; l'agrégé devient titulaire, et est lui-même remplacé par une nouvelle nomination, faite dans les conditions de justice qui assurent le progrès de l'enseignement.

Si l'on veut arriver à des réformes réelles, il est de toute nécessité que l'École cesse d'être une coterie, que l'esprit mercantile et le despotisme existant actuellement disparaissent.

Il faut qu'il y ait impossibilité pour les professeurs de s'écarter des devoirs qui leur incombent.

Ce résultat ne peut être obtenu que par une institution, des lois qui dominent les professeurs et les empêchent de commettre des fautes.

Si l'on n'ose, à l'École, faire les modifications urgentes, c'est qu'on craint, comme dans les vieilles maisons, qu'en touchant à cet édifice, tout ne s'écroule.

DR. DESPLIN.

MEDECINS ET PHARMACIENS.

Monsieur le Rédacteur,

De tous temps il a existé entre le médecin et le pharmacien des questions à préciser sur leurs droits et rapports respectifs.

Chacun isolément — le pharmacien et le médecin — se plaint des ennuis que l'autre lui cause. Mais jamais personne n'arrive à une entente. Combien de ces sujets, aujourd'hui en litige, pourraient

être réglés après un peu de concession amicale. Inutiles ces discussions individuelles, partielles, superficielles. Pour s'entendre, même avant pour se connaître et se comprendre, il faut que les deux parties exposent mutuellement leurs griefs et cherchent, de concert, les remèdes à y apporter.

Le moyen, ce nous semble, est tout trouvé : dans ce siècle les congrès règlent tout. Il faut donc un congrès composé et de médecins et de pharmaciens ; il serait futile de traiter ces questions d'intérêt commun dans une assemblée formée exclusivement ou de pharmaciens ou de médecins. Il faut donc un congrès mixte que dirigeront et des médecins et des pharmaciens compétents en la matière.

Pourquoi chacun de ces corps ne nomme-t-il pas au plus tôt un certain nombre de représentants qui, réunis, constitueront un comité pour préparer et rédiger le programme d'un congrès médico-pharmaceutique ?

Une fois ce comité créé, lui donner un temps raisonnable, fixe, pour recueillir et dresser le programme des sujets à considérer. Pendant ce temps pourquoi ne pas ouvrir largement les colonnes de nos journaux de pharmacie et de médecine aux intéressés, et solliciter un exposé des difficultés et des ennuis que chacun a éprouvés ? Ces écrits aideront le comité dans le choix de sa matière et porteront à la connaissance de tous les petites et les grandes misères de chacun. Tous y gagneront à se connaître intimement.

Voyons, tous, médecins et pharmaciens, secouons-nous, reveillons-nous, faisons quelque chose de tangible ! Faisons travailler le bistouri dans les plaies pharmaceutiques, chauffons l'alambic et le creuset pour les velleités médicales.

Avec un peu de courage nous aurons bientôt un code de règlements, de déontologie, médico-pharmaceutique, basé sur une entente mutuelle, qui servira de guide aux médecins et aux pharmaciens et qui sera reconnu par le Collège des médecins et par l'Association de pharmacie.

Avant la fin de cette année, organisons donc ce congrès confraternel et arrivons à un commencement d'entente. Bientôt nous pourrions alors travailler plus amicalement, en commun, sans se nuire, au soulagement... éternel... de nos clients.

NIRE.

Montréal, 12 septembre 1899.

L'ENSEIGNEMENT MEDICAL A LA FACULTE DE MEDECINE.

Monsieur le rédacteur,

Nous sommes convaincu que l'article très juste et très poli du docteur Desplin, paru dans *La Presse* de samedi ; — que tout le monde, et surtout les intéressés de la Faculté, a lu — aura pour effet d'amener les autorités à réfléchir sérieusement sur les réformes à opérer dans toutes les chaires.

Comme la Faculté ne pourra que bénéficier des suggestions de tous ceux qui ont à cœur le bien de l'université, je me permettrai quelques remarques, espérant que tous ceux qui croient être utiles au mouvement emboîteront le pas. Je crois pouvoir dire que la lettre du docteur Desplin n'a été publiée que pour stimuler la Faculté et mettre le public au courant de son fonctionnement. D'ailleurs le public a pleinement droit, ce me semble, de connaître le rouage intime de sa seule université, dite catholique, surtout quand celle-ci sollicite son appui. Le clergé aussi a le droit de savoir comment les choses se mènent — non pas que nous voulions que le clergé — et nous ne croyons pas qu'il ait jamais eu ces intentions — s'insinue ou prenne la haute main dans les affaires de médecine et d'organisation qui ne sont pas de son ressort ; non, mais ne l'oublions pas, le clergé a beaucoup fait pour notre université ; c'est grâce à lui si le local est peut-être bien au-dessus de l'enseignement qui s'y donne.

Le clergé est donc un des plus grands bienfaiteurs de l'université et avec ces vues larges actuelles il ne peut qu'être son ami dévoué et désirer son avancement. Quelques mots du clergé serait un levier puissant pour avancer d'un cran vers le progrès.

Ce n'est non-seulement l'intérêt du clergé et du public de s'enquérir de ce qui se passe à la Faculté, c'est son devoir. Tout parent doit surveiller la Faculté où ses fils feront leurs études plus tard, et il doit consciencieusement refuser de les envoyer dans une institution qui n'aurait pas voulu, par sa propre faute et malgré les conseils et l'appui de ses amis, se mettre à la hauteur de sa position et qui serait restée d'ordre inférieur.

N'ayant pas confiance en notre université il lui faudra chercher l'instruction ailleurs, et qu'il serait donc pénible — honteux, pour nous Canadiens-français — de voir s'établir un courant qui entraînerait nos enfants dans d'autres institutions ; malheureusement, ce mouvement se fait insensiblement et bientôt s'il ne s'opère une vigoureuse réaction, s'il ne se fait une réorganisation complète dans l'enseignement médical de la Faculté, il sera tellement puissant que la Faculté, et même le clergé, ne pourra s'y opposer. A peine le mot catholique retiendra-t-il pendant quelque temps un certain nombre. Devra-t-on, pour rester catholique, rester ignorant ? Non. Le clergé de tout temps a toujours favorisé, encouragé le progrès ; connaissant la difficulté des luttes modernes, elle le veut encore plus aujourd'hui.

Je disais tout à l'heure que nous ne devrions pas placer nos enfants dans une institution d'ordre inférieur ; c'est vrai : en donnant un enseignement inférieur dont elle serait responsable, la Faculté nous volerait ouvertement notre argent, que nous gagnons si péniblement ; elle ferait perdre le temps précieux de la jeunesse — temps qui ne se rattrape qu'au prix d'ennuis et de sacrifices. — Quelquefois le tort fait sera irrémédiable. Nous n'avons pas tous — même après une longue carrière de travail et de dévouement, — les moyens de faire faire deux éducations médicales à nos fils ; nous ne pourrions les envoyer compléter des études boîtes à Londres, à Paris, à New-York ou ailleurs. Et ce pauvre élève qui ne pourra aller s'instruire pratiquement dans les centres où il se donne des cours de *Post graduate*, restera ignorant, inférieur à d'autres confrères mieux fournis d'argent ; il végètera, non pas parce qu'il est moins intelligent qu'eux, non pas parce que ses parents ne se seraient pas privés du nécessaire pour tâcher de le faire instruire, mais bien parce que l'université lui aura fait perdre son temps en ne lui donnant pas la science voulue, de la manière voulue et qu'elle ne lui aura pas appris à travailler et à étudier ; elle en aura fait peut-être une buse.

D'autres parents, plus au fait, ne risqueront pas et enverront leurs enfants dans une institution étrangère mieux organisée. Et voilà des jeunes gens intelligents, canadiens-français et catholiques, en route pour une université anglaise et protestante qui sera désormais leur *alma mater*. Contemplons les conséquences désastreuses pour notre race et notre foi.

Voilà ce mouvement insidieux créé, qui est destiné à saper peu à peu les fondations de notre nationalité, de nos coutumes, de notre foi — la foi de nos ancêtres. A la Saint-Jean-Baptiste crions " Vive nos lois " ; exaltons notre patriotisme, notre religion ; enveloppons dans l'enthousiasme national le danger qui nous menace ; faisons-nous illusion sur notre éducation de famille, prônons nos études supérieures, cachons notre infériorité toujours croissante dans de belles périodes littéraires, citons nos héros, nos dignes ancêtres pour nous glorifier de ce qu'ils ont existé, mais gardons-nous d'imiter leur courage, leur franchise, leur honnêteté et leur foi chrétienne.

Je n'écris pas ces lignes croyant que c'est notre Faculté de médecine seule qui entraînera notre anéantissement, notre absorption par un élément étranger. Non, mais elle pourrait bien y être pour sa large part.

Notre digne évêque qui s'intéresse tant à la cause de l'éducation a besoin de l'appui de tous pour contrecarrer ce mouvement vers les institutions étrangères, mais surtout a-t-il besoin de compter sur nos maisons d'enseignement, surtout notre université.

Prêtons-lui tous notre concours pour stimuler nos Facultés et leur faire saisir la situation à son véritable point de vue.

Dans le cas où la Faculté s'occuperait de la réorganisation de l'enseignement nous avons quelques humbles suggestions à faire. Nous ne parlerons pas d'un *comité d'enseignement permanent* formé de médecins compétents en la matière qui devrait s'occuper sérieusement de l'étude du remaniement de l'ensemble et de chacun des cours, comité dont les membres au besoin pourraient être payés pour traiter la question à fond ; non, ça va de soi, nul besoin de la suggérer ; si la Faculté décide de faire un pas dans la bonne direction, ce comité sera la première chose qu'elle établira.

Nous signalerons à la Faculté qu'il manque pour compléter le cadre de l'enseignement médical deux chaires des plus importantes, à notre point de vue ; la première est celle de la *Théologie médicale* et la seconde celle de *Droit médical*.

L'on conçoit l'importance du premier de ces cours lorsque l'on songe aux nombreuses questions théologiques qui sont du ressort de la médecine et qui souvent embarrassent tant le médecin, obligé de prendre une décision prompte ; nécessairement ces questions touchent tout particulièrement à l'obstétrique et à la gynécologie. Elles ont besoin d'être traitées à fond *pratiquement*, par un théologien, devant les élèves finissants, afin que les nouveaux médecins aient des idées justes, chrétiennes, catholiques sur ces sujets délicats. Un moment de réflexion fait ressortir l'absolue nécessité d'un tel enseignement. Le clergé doit faire de suite un effort pour dissiper notre ignorance en cette matière. (1)

La seconde chaire appartient, croyons-nous, à un avocat. Tous les jours le médecin est aux prises avec des questions légales touchant sa profession et il ne sait où s'adresser pour les faire résoudre. Ces questions n'entrent ni dans la déontologie médicale, ni dans la médecine légale, mais sont plutôt du ressort du *droit médical*. Toutes ces questions de chantage, de responsabilité du médecin ou du chirurgien envers son patient, de patient envers son médecin, les honoraires, les collections, les poursuites en justice, les brevets, les diplômes, les expertises médicales, les lois médicales du collège, les avortements et maints autres sujets importants y seraient étudiés, et envisagés au point de vue de la législation anglaise et de nos lois locales.

Combien de médecins déjà en pratique depuis longtemps seraient heureux d'assister à ces deux cours, afin de s'instruire et d'éviter de faire des bévues élémentaires.

Comme un petit traité bien fait sur chacun de ces sujets serait apprécié de la profession médicale et comme il serait utile entre les mains de tous, tellement nous sommes ignorants sur ces questions, si pratiques cependant.

Quant à la question des agrégés, monsieur le rédacteur, il y a certainement quelque chose de singulier dans la conduite de la Faculté à leur égard. Et depuis longtemps on entend question sur question sur ce sujet. Il y en a qui sont agrégés depuis dix ou douze ans et qui font régulièrement leur service. Pourquoi ne sont-ils pas nommés professeur en titre surtout quand il n'y a aucun professeur titulaire de la chaire qu'ils remplissent ? On se demande est-ce parce qu'ils n'ont pas fait preuve de bonne volonté, de travail, de dévouement ? Le temps de l'épreuve n'est-il pas encore assez long ? Quelle en est la limite fixée, s'il y en a une ? Sont-ils incompétents, de mauvaises mœurs ? Ne font-ils pas leur devoir ? Pourquoi les garde-t-on alors ? L'on ne se gêne pas pour nommer,

(1) Nous félicitons la *Revue médicale* de l'initiative qu'elle a prise en répondant à certaine question de ce genre et nous espérons qu'elle continuera à s'occuper de ce sujet, au moins jusqu'à ce que la Faculté le fasse.

pourquoi le fera-t-on pour destituer des sujets qui le mériteraient ? Quelqu'un de ces hommes auraient-ils par hasard, eu le malheur de différer d'opinion avec un des titulaires ? Auraient-ils osé relever la tête et affirmer leur manière de voir ? Auraient-ils murmuré un mot de mécontentement ? Alors malheur à eux dans l'avenir et pour toujours si c'est pour cela qu'on les punit, qu'on les *boycott*.

Peut-être attend-on qu'ils soient dégoutés du travail et de l'in-gratitude et qu'ils se retirent d'eux-mêmes pour faire place à de nouveaux enthousiastes éblouis pour le moment par une nomination de chargé de cours ?

Ce système coûterait-il moins cher à la Faculté et, insinue quelqu'un, ainsi les milliers de la dividende ne seraient-ils pas plus nombreux ? Chi lo sa ? Honi soit qui mal y pense ! On ne peut soupçonner un *primo mihi* si vile !

Mais, dit l'autre, est-ce parce que l'on craint qu'une fois titulaires et ayant droit de vote ces hommes auront le courage d'énoncer et de soutenir leurs opinions et qu'ils ne se laisseront peut-être pas influencer et qu'ils pourraient ainsi troubler certaines petites coteries ? Existerait-il donc une crainte réelle ? Et son existence serait il le symptôme d'une maladie qui rongerait le cœur de la Faculté ? L'égoïsme, l'avarice ? Non, ça ne se peut guère exister pourtant ; mais ça se soupçonne cependant, dit-on.

Voilà, monsieur le rédacteur, des questions que l'on entend poser autour de nous, continuellement. La moitié en est de trop, très probablement, mais il doit y avoir quelque désordre quelque part au sein de la Faculté, qui lui nuit déjà, et qui, s'il n'est pas corrigé, pourrait lui nuire encore beaucoup plus en lui enlevant l'estime, l'appui et la confiance du public.

Il serait donc, ce semble, du devoir de la Faculté de s'occuper sérieusement de ces questions, de les réfuter hautement, vigoureusement et une fois pour toutes. Si ces plaintes sont fausses, les cancans cesseront alors. Est-elle fautive ou insouciant, qu'elle corrige ses fautes, qu'elle étouffe les intrigues, qu'elle fasse justice à qui de droit, qu'elle donne l'exemple de la droiture et du progrès réel, et la confiance renaîtra ; elle sera bientôt entourée, aidée d'hommes de cœur, de travail, de science, qui, pourvu qu'elle soit juste et sache reconnaître le vrai mérite, seront toujours prêts à la supporter. Voyant tous ces hommes imbus d'une même idée, travaillant harmonieusement vers un même but : le maintien et l'avancement de notre université catholique, le public, les parents, les élèves reprendront courage et y ajouteront leur puissant concours.

Merci, monsieur le rédacteur, de votre gracieuse hospitalité.

AMICUS.

LES THÈSES DE PARIS.

Montréal, 11 septembre 1899.

Monsieur le rédacteur,

N'y aurait-il pas possibilité que les thèses données par la Faculté de médecine de Paris au Collège des Médecins soient déposées à la bibliothèque de la Faculté de médecine ? On pourrait les y consulter beaucoup plus facilement à mesure qu'elles arriveraient. Si elles ont été données au Collège et que l'on ne puisse, sans créer de difficultés, les passer à l'Université, celle-ci ne pourrait-elle pas se les procurer ? Le professeur Richet ne les avait-il pas promises à l'Université ?

LECTEUR.

Nous suggérerions de laisser sortir le moins possible de la bibliothèque ces volumes que chacun aime à consulter souvent dans un moment pressé.

FORMULAIRE

CÉPHALALGIE OVARIENNE. — *Sinkler*.

Bromure d'ammonium..... 6 drachmes.
Extrait fluide d'hydrastis..... 4 —
Teinture de gentiane co..... 1½ once.
Eau..... 4 onces.

Dose : Une cuillerée à dessert trois fois par jour.

(*Bullet. général de thérap.*)

CÉPHALALGIE NEURASTHÉNIQUE. — *Lucking*.

Extrait de chanvre indien..... 1/6 grain.
Phosphure de zinc..... 1/10 —
Acide arsénieux..... 1/30 —

Pour une pilule. A donner deux fois par jour.

(*Ibid*)

QUESTIONS ET REPONSES

3° A quoi peut-on attribuer les phlyctènes qui apparaissent sur le corps des nouveau-nés, une semaine après leur naissance ?

X.

R. — Et d'abord, il est plus convenable d'employer le mot *bulles* plutôt que *phlyctènes*, ce dernier terme étant plus particulièrement consacré et plus propre d'ailleurs à exprimer les bulles formées par les brûlures.

Cette éruption bulleuse des nouveau-nés est le *pemphigus des nouveau-nés*. C'est un *exanthème fébrile* dû à un microbe spécial, contagieux, inoculable, auto-inoculable, épidémique, quelquefois sporadique. L'enfant est plus spécialement attaqué à cause de sa moindre résistance, mais la contagion peut se communiquer à l'adulte. La période d'invasion est annoncé par de la *fièvre*. Au bout de douze à vingt-quatre heures apparaît l'éruption qui est d'abord une tache rouge, ensuite vésicule, enfin bulle. Le liquide contenu dans les bulles est d'abord clair et ne devient trouble ou purulent qu'ultérieurement. La durée de chaque bulle est d'environ un septenaire ; la durée de la maladie toute entière est d'environ trois à quatre semaines. Le pronostic est benin pour la plupart des cas.

A part ce *pemphigus fébrile* des nouveau-nés il y a encore chez ceux-ci un *pemphigus syphilitique*. Il est très important de ne les point confondre ; et la chose est facile puisque ce dernier se localise aux régions palmaires et plantaires, est apyrétique, purulent d'emblée, existant le plus souvent au moment de la naissance, c'est-à-dire qu'il a commencé pendant la vie intra-utérine, il n'est pas essentiellement bulleux mais plutôt *papulo-bulleux*.

Donc, dans le premier l'éruption bulleuse est disséminée, accompagnée d'un état fébrile, apparaît après la naissance ; le second est tout à fait localisé, apyrétique, contemporain à la naissance. Le pronostic de ce dernier est grave.

Dr. VALIN.

6° Quels sont les sérums employés maintenant dans la pratique journalière ?

R. — La sérothérapie est la médication de l'avenir, et nombreux sont déjà les avantages que chaque jour nous retirons de l'emploi de cette nouvelle thérapeutique.

Pour répondre brièvement à la question, nous dirons qu'à l'heure actuelle les sérums suivants sont d'un fréquent usage dans la pratique journalière :

- 1° Sérum anti-tétanique ;
- 2° Sérum anti-venimeux ;
- 3° Sérum anti-streptococcique ;

- 4° Sérum anti-diptérique ;
- 5° Sérum anti-pestueux ;
- 6° Sérum anti-tuberculeux de Maragliano ;
- 7° Sérums artificiels ;
- 8° Tuberculine ;
- 9° Molléine.

Pour ce qui est du sérum anti-tuberculeux de Maragliano, c'est un essai de sérothérapie qui a produit des résultats merveilleux, mais cependant la véritable sérothérapie de la tuberculose est encore à trouver.

La tuberculine de Koch n'a guère prouvé son influence curative, mais possède en retour un pouvoir de diagnostic très puissant.

D'autres sérums, entre autres le sérum anti-cholérique, sont encore l'objet de nombreuses expériences, et n'entreront dans le domaine thérapeutique qu'après avoir bien prouvé leur force curative.

Pour celui qui aimerait à connaître et à approfondir cette science nouvelle de la sérothérapie, nous lui conseillons fortement de lire ce magnifique ouvrage de Landouzy, *Les sérothérapies* ; c'est un chef-d'œuvre.

On le trouvera chez Déom frères, libraires, rue St-Denis. Prix du volume, franco : \$4.25.

9° Les mariages consanguins sont-ils réellement préjudiciables à la descendance ?

R. — On appelle *mariage consanguin* un mariage contracté entre l'oncle et la nièce, la tante et le neveu, et aussi entre cousins germains. Au-delà de ce dernier degré, la parenté est assez éloignée pour que, physiologiquement parlant, nous la considérons comme une fiction.

Ce mariage consanguin a-t-il réellement un effet préjudiciable sur la descendance ? Voici une question qui a soulevé bien des débats et qui, à l'heure actuelle, n'est pas encore complètement définie.

D'après Paul Perrin (1), on peut diviser en trois groupes principaux les idées qui ont cours sur ce sujet : 1° *Presque toutes les alliances entre proches parents ont des résultats fâcheux* ; 2° *Les mariages consanguins ne sont nullement préjudiciables, le plus souvent même ils donnent d'excellents résultats* ; 3° *L'influence des mariages consanguins est bonne ou mauvaise suivant que les auteurs sont exempts ou affectés de maladies constitutionnelles*.

C'est la troisième opinion qui est la plus accréditée de nos jours ; elle répond parfaitement aux progrès et aux exigences de la médecine moderne.

Cependant la consanguinité peut *ipso facto* produire de fâcheux résultats, témoins ces difformités congénitales qui se rencontrent assez souvent chez les produits de mariages consanguins, comme la polydactylie, le pied-bot, etc.

Mais, ce qui est définitivement établi, c'est que la consanguinité élève l'hérédité à sa plus haute puissance. Donc, la descendance de mariages consanguins sera plus ou moins affectée, en autant que l'hérédité des auteurs sera morbide ou non.

Dans le 1er volume du *Traité de Pathologie générale* du professeur Bouchard, nous trouvons les conseils suivants :

1° Le médecin appelé à donner son avis sur une union consanguine doit procéder à un examen minutieux des deux futurs, et s'enquérir de la santé de leurs familles.

2° Il devra rechercher si les futurs ont été élevés dans le même milieu. Car, un milieu identique peut créer chez le père et la mère les mêmes prédispositions morbides, et il y a beaucoup plus de chances pour qu'elles se manifestent chez les enfants.

3° On ne donnera d'avis favorable à un mariage consanguin

que si les familles sont sans tares, et si les conjoints n'ont pas été élevés sous le même toit ; sinon on préviendra les parents de la possibilité d'un mauvais résultat.

Pour terminer ces quelques mots, nous ne pouvons mieux faire que rapporter les conclusions de la thèse du docteur Perrin :

1° Si les deux futurs et leurs parents n'ont aucune diathèse, aucune maladie héréditaire, sont de belle santé, de forte constitution, dans de bonnes conditions climatologiques et hygiéniques, le médecin ne devra pas déconseiller le mariage, mais il ne devra pas non plus l'encourager ; il fera observer que bon nombre d'unions répondant à ces conditions ont donné naissance à des enfants présentant des tares fâcheuses et irrémédiables.

2° Mais si le médecin découvre la moindre trace de quelque affection physique ou de quelque trouble psychique, il devra user de toute son influence pour empêcher le mariage de se faire. Dans ce cas, l'hérédité convergente donnerait sûrement des résultats déplorables.

PHILIPPE.

NOUVELLE QUESTION

10° Madame X rend par le vagin des quantités énormes d'eau (un gallon et plus) et ce plusieurs fois le mois. A l'approche de chaque perte d'eau la malade se sent très faible et parfois souffre beaucoup. Elle n'est pas enceinte et même on lui a fait une ovariectomie il y a à peu près deux ans. Elle avait cependant ces pertes d'eau avant son opération. Tous les médecins qui l'ont vue confessent leur ignorance sur son état.

AMÉDÉE.

NOUVELLES.

Association médicale canadienne. Réciprocité interprovinciale.

Cette association de médecins de l'Amérique du nord a siégé à Toronto les 30, 31 août et 1er septembre.

En attendant que nous puissions publier un rapport complet de ce congrès, nous présentons à nos lecteurs les grandes lignes du projet élaboré par le comité de réciprocité interprovinciale.

I. — Créer un conseil supérieur pour la collation d'une licence canadienne de pratique médicale.

II. — Ce comité serait composé de vingt-quatre membres soit trois membres par province.

III. — Les candidats, étudiants ou médecins, qui voudraient obtenir une licence générale devront se présenter devant ce comité et subir à nouveau tous les examens primaires et finals.

IV. — Les candidats pourront se servir de l'une ou l'autre langue officielle du Canada, soit le français, soit l'anglais.

V. — Un honoraire spécial sera exigible de tous les candidats. C'est-à-dire que le *Conseil Supérieur* fera litière de tous les examens et de la valeur des diplômes universitaires.

Qu'en pensent nos lecteurs de ce nouveau projet ? Restera-t-il sur le papier ou court-il risque de prendre une forme pratique ?

Chaque district ne devra-t-il pas prendre le sujet en sérieuse considération et formuler ses opinions ? Nous aurions bientôt une opinion d'ensemble qui pourrait amener promptement de la lumière sur ce sujet vital.

Nous prions nos lecteurs de nous énoncer leurs idées. A l'œuvre ! c'est le temps !

MARIAGE. — Mardi, le 5 courant, à Québec, M. le Dr. C. E. Côté conduisait à l'autel Mlle Bernadette Auger.

Nos meilleurs souhaits.

L'administration. — Nous rappelons à nos abonnés que *La Revue médicale* n'est pas une institution financière, donc nous serons très heureux de recevoir ce qui nous est légitimement dû. Avis à qui de droit.

(1) Thèse de Paris, *Mariages consanguins*, 1896.

SOMMAIRE

REVUE DES JOURNAUX.

MÉDECINE : Rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire et tuberculose pulmonaire, par M. le professeur Jaccoud. — Influence inverse de la fatigue et du repos sur la température des tuberculeux. Importance de l'instabilité thermique comme élément de diagnostic précoce et de pronostic de la phthisie pulmonaire, par MM. Darnberg et Chuquet, de Cannes. — Diagnostic de l'obstruction intestinale d'avec la péritonite, par Jeanne.....	81
CHIRURGIE : Traitement de quelques affections oculaires par les injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine, d'après M. le docteur M. Grimpret, de Paris. — Le traitement de quelques troubles trophiques du pied et de la jambe par la dénudation de l'artère fémorale et la distention des nerfs vasculaires, par M. Jaboulay. — De la cure radicale des ulcères variqueux.....	82
OBSTÉTRIQUE : De l'enchâtonnement du placenta, par J. Audebert, (suite).....	84
PÉDIATRIE : Traitement de la varicelle.....	85
MALADIES NERVEUSES : Des fractures spontanées pendant les accès épileptiques..	86
DERMATOLOGIE : L'acné vulgaire, sa description, son traitement.....	86
THÉRAPEUTIQUE : Le choix d'un médicament cardiaque. — De l'ichtyol dans les fissures anales.....	87
REVUE PROFESSIONNELLE : De l'utilité d'une union de défense médicale.....	88
QUESTIONS ET REPONSES.....	88
FORMULAIRE.....	88
NOUVELLES.....	88

Revue des journaux

MÉDECINE

Rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire et tuberculose pulmonaire.

Par M. le professeur JACCOUD.

J'ai l'intention de vous entretenir, dans cette leçon, d'un fait des plus intéressants : le rapport qui existe entre le rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire et le développement de la tuberculose pulmonaire. C'est là, en effet, chose certaine, et la relation entre ces deux états pathologiques n'est pas douteuse.

Comment est-on arrivé à la déterminer ?

Par une voie qui est déjà un commencement de démonstration tout en étant indirecte ; par la constatation que les malades atteints de rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire sont tués, non par leur cœur, mais par la tuberculose pulmonaire. Ce fait, bien établi pour les rétrécissements congénitaux, a donné à penser que les rétrécissements acquis devaient avoir la même influence, et l'observation, dirigée dans ce sens, a confirmé cette présomption.

Cette notion, en quelque sorte banale aujourd'hui, n'est pourtant pas de connaissance ancienne. Le premier travail sur ce sujet est dû à Lebert, qui, en 1867, a posé cette conclusion très ferme en s'appuyant sur des faits isolés publiés par divers auteurs.

On n'a pas été juste à son égard, et cela pour deux raisons. D'une part, les observateurs qui ont confirmé ses assertions ne l'ont pas cité autant qu'il le méritait, et d'autre part, on n'a pas vu que Lebert avait bien saisi qu'il n'est pas nécessaire, pour le développement de la tuberculose, que ce soit l'artère pulmonaire elle-même qui soit rétrécie, la lésion pouvant porter sur l'infundibulum ou au niveau des valvules sigmoïdes. Et pourtant cette opinion est énoncée même dans le titre de son mémoire qu'il a intitulé : " De l'influence de la sténose de l'infundibulum, de l'anneau d'origine, et du tronc de l'artère pulmonaire sur le développement de la tuberculose pulmonaire. "

Les observations qui ont suivi ont confirmé ce rapport entre ces deux états pathologiques et sans prétendre que ce soit une règle absolue — il n'y en a pas en médecine — on peut dire que, dans la majorité des cas, les choses se passent ainsi.

Dans ma Pathologie j'ai exposé cette doctrine, et, l'année suivante, Constantin Paul communiquait à la Société médicale des hôpitaux (août 1871) un mémoire important sur ce sujet, puis parut en 1872 une bonne thèse de Salmon (Du rétrécissement pulmonaire acquis). Ce sont des travaux de date un peu ancienne, mais les faits bien observés ne vieillissent pas.

Pendant longtemps on n'a pas été heureux dans les tentatives d'explication de ce rapport entre le rétrécissement pulmonaire acquis et le développement de la tuberculose pulmonaire. Aujourd'hui où, grâce un peu à mon enseignement, on connaît mieux la question, on est surpris de voir combien on a erré. Il y a eu erreur prolongée parce qu'on a méconnu un fait physiologique. On était, à cette époque, imbu de cette idée que l'artère pulmonaire n'était en rapport qu'avec la fonction d'hématose et qu'elle n'avait aucune influence sur la nutrition des poumons. C'était une pure erreur.

Aujourd'hui on sait que les bronches extra-pulmonaires sont nourries par l'artère bronchique, c'est-à-dire par l'aorte, tandis que les bronches intra-lobulaires le sont par les ramifications de l'artère pulmonaire ; dans les bronches intermédiaires la circulation artérielle est mixte.

Alors nous sommes tout à fait éclairés, et pouvons facilement saisir le mécanisme du fait signalé par Lebert. Pour le tissu pulmonaire le rétrécissement de l'artère pulmonaire se traduit par une activité nutritive diminuée ; il se produit de l'hypotrophie, condition *sine qua non* de la tuberculose pulmonaire.

Ces notions sur le mode de nutrition du tissu pulmonaire, non seulement expliquent les conditions qui favorisent l'éclosion de la tuberculose pulmonaire en cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire, mais montrent aussi comment il peut se faire que celui-ci ne soit pas constamment suivi de celle-là. Il faut, en effet, un certain temps pour que la sténose artérielle mette le tissu pulmonaire en état de moindre résistance. Ce n'est pas, comme on dit vulgairement, du jour au lendemain que l'état d'hypotrophie s'établit. Ainsi l'on conçoit très bien que ces malades puissent être enlevés par une affection intercurrente avant que le terrain n'ait été suffisamment préparé, avant que la tuberculose se soit installée.

En conséquence, avant de déclarer qu'un fait est réfractaire à la loi que je vous ai exposée, il convient de s'enquérir du laps de temps qui s'est écoulé entre la production de la sténose et la mort par autres maladies que la tuberculose pulmonaire. Or, quand on examine, à ce point de vue, les observations réfractaires, on voit qu'elles ne remplissent pas les conditions propres à entraîner la conviction ; tantôt elles se taisent, tantôt l'intervalle est insuffisant. Du reste, quand bien même il y aurait quelques exceptions, on pourrait les laisser de côté car elles n'enlèveraient rien de leur valeur aux faits que je vous ai exposés, et une relation pathologique, pour être vraie, n'a pas besoin d'être constante.

Avant d'abandonner cette action de la sténose sur le tissu pulmonaire, je tiens à insister sur ce que, quelle que soit la partie occupée par le rétrécissement, l'artère, son anneau d'origine, ou l'infundibulum, du moment qu'il est assez prononcé pour entraver la circulation pulmonaire, le résultat est le même.

Il est intéressant, à propos de ces rétrécissements acquis, de rechercher quelle en est l'origine. Comme il s'agit du cœur droit, faut-il invoquer une étiologie spéciale ou bien rattacher cette lésion aux causes ordinaires de l'endocardite ? Cette dernière façon de voir est la vraie et le point de départ de la sténose de l'artère pulmonaire est, dans la majorité des cas, d'origine rhumatismale ;

Salmon l'a démontré, et on l'a constaté depuis. Dans certains cas cette sténose est associée à d'autres altérations d'origine rhumatismale du cœur, tantôt l'influence du rhumatisme a porté uniquement sur l'artère pulmonaire. Pendant longtemps on a cru que le rhumatisme ne frappait que le cœur gauche, et que l'endocardite épargnait le cœur droit ; c'est une erreur.

Un dernier point, pas très facile à éclaircir, mais qui remet en présence d'une notion intéressante, est celui-ci : à quoi peut-on reconnaître, quand on l'a sous les yeux, si un rétrécissement de l'artère pulmonaire est acquis ou congénital ?

Il semble, au premier abord, que la réponse doit être très aisée, le rétrécissement congénital devant être associé à d'autres malformations du cœur. Il est certain que l'unité de lésion est, en faveur du rétrécissement acquis, un signe de probabilité d'une certaine valeur, mais pas absolue. Il faut s'appuyer sur d'autres indices pour établir la distinction.

Dans le rétrécissement acquis, il y a — et cela je puis m'en porter garant — il y a, dis-je, des signes d'artérite sur la paroi des vaisseaux, tandis qu'on ne voit rien de pareil dans les rétrécissements congénitaux.

Mais le fait le plus notable, le plus constant est le suivant : dans les rétrécissements acquis l'artère est invariablement dilatée au-delà du siège de la sténose, tandis que dans les rétrécissements congénitaux elle est resserrée à partir du point rétréci. Cette donnée a été confirmée par les observations de tous ceux qui se sont occupés de cette délicate question. Si, par hasard, dans le rétrécissement acquis, la sténose ne porte pas sur le tronc de l'artère, mais seulement sur l'une de ses branches, la gauche par exemple qui, pour le dire en passant, est plus souvent atteinte que celle de droite, c'est seulement les divisions gauches qui seront atteintes de dilatation.

Ce qui distingue donc le rétrécissement acquis du congénital, c'est que, à partir du siège de la sténose, on constate dans le premier la dilatation du vaisseau, et dans le second le resserrement. Tel est le fait capital, et je le répète, pour qu'il ne soit pas dans vos esprits le point de départ d'une erreur qui serait capitale.

(Abeille médicale).

Influence inverse de la fatigue et du repos sur la température des tuberculeux. Importance de l'instabilité thermique comme élément de diagnostic précoce et de pronostic de la phthisie pulmonaire.

Par MM. DAREMBERG et CHUQUET (de Cannes).

Au début de la tuberculose, quand les crachats n'existent pas, quand l'état général n'est pas mauvais, quand les signes physiques sont trop vagues pour imposer un diagnostic, l'examen minutieux de la température du malade fournira d'importants éléments de précision.

Quand on est en présence d'un cas douteux de tuberculose pulmonaire, on doit dire au malade de marcher tous les jours entre 3 et 4 heures, de prendre sa température buccale ou rectale immédiatement en rentrant, de la reprendre une heure après, lorsqu'il se sera reposé, et de répéter cette expérience pendant 10 jours de suite. Si, chaque jour, l'écart entre ces deux températures atteint 4 à 5/10 ; si, d'autre part, la température de 4 heures est plus forte les jours où il a marché que les jours où il s'est reposé, le malade est tuberculeux.

S'il s'agit d'une femme, on verra, malgré le repos, une élévation de température variant de 4 à 10/10 survenir 1 ou 2 jours avant les époques menstruelles. Ce nouveau signe thermique sera une confirmation du diagnostic tuberculose.

Souvent les tuberculeux latents ont, sans raison apparente, une poussée de fièvre de 39°-40°, durant 10 à 20 heures, au milieu de la santé la plus florissante en apparence. Il faut se méfier de ces

fièvres éphémères qui ne peuvent être dues à une indigestion ou à un excès quelconque. Il faut s'en méfier surtout si ces sujets, enfants ou adultes, ont eu auparavant des fièvres typhoïdes anormales de longue durée, ou à rechutes bizarres. Ces malades sont des tuberculeux guéris d'une ancienne poussée de bacillose à forme typhoïde et qui sont restés tuberculeux.

Ces faits sont non seulement importants pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose, mais ils éclairent singulièrement les indications de l'hygiène des tuberculeux. Ils démontrent que les tuberculeux latents ou guéris doivent peu marcher, doivent avoir un régime alimentaire sévère, doivent se coucher dès qu'il ont de la fièvre, et que les femmes tuberculeuses doivent se reposer avant et pendant les règles.

Si le médecin veut bien se donner la peine d'inculquer ces notions à ses tuberculeux, il leur rendra d'immenses services, empêchera le développement de la maladie latente ou évitera les poussées aiguës de la maladie torpide.

(Congrès de médecine de Lille.)

Diagnostic de l'obstruction intestinale d'avec la péritonite.

Par JEANNE.

1° Le doigt porté, chez la femme, dans cul-de-sac postérieur, chez l'homme, le plus haut possible dans le rectum, par la pression en avant provoque de la douleur s'il y a péritonite, non, s'il n'y a que de l'obstruction. 2° Dans la péritonite les anses intestinales, paralysées, sont dilatées ; le ventre est *uniformément ballonné* ; dans l'obstruction, au contraire, non paralysées les anses se dessinent, on les voit se contracter ; le ventre est *diversement ballonné*.

(Normandie médicale).

CHIRURGIE

Traitement de quelques affections oculaires par les injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine.

D'après M. le Dr. M. GRIMPRET (de Paris).

Les injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine, dont nous avons parlé ici même à différentes reprises, trouvent leur application dans un grand nombre d'affections oculaires, notamment dans les kératites interstitielles, les névrites optiques infectieuses, les amblyopies toxiques, les hémorragies intra-oculaires, les chorio-rétinites, les irido-choroïdites avec ou sans poussées glaucomateuses, etc. ; en résumé toutes les affections de l'œil qui réclament la résorption d'un exsudat et une heureuse modification de la circulation.

Elles agissent en effet, d'après M. le Dr. Grimpret, qui a consacré sa thèse à l'étude de cette question :

- a) Comme résorbant ;
- b) Comme antitoxique : par le pouvoir sudorifique et sialagogue de l'alcaloïde qui détermine l'élimination de substances toxiques et par son action sur la circulation.

Elles ne présentent aucun danger parce que :

- a) On peut injecter impunément de 12 à 15 milligrammes de nitrate de pilocarpine à un adulte ;
- b) La dose de 8 milligrammes donne une salivation abondante, suffisante en thérapeutique oculaire où la transpiration n'est pas nécessaire.

Elles sont en outre d'une application extrêmement facile, pratique, et la rapidité avec laquelle la pilocarpine est absorbée dans le tissu cellulaire hâte la production des résultats espérés.

Voici la technique de l'emploi de la pilocarpine à la clinique du Dr. Dehenne ou M. Grimpret a recueilli ses observations.

A la clinique du Dr. Dehenne, on ne traite pas toujours d'emblée les kératites interstitielles par les injections de nitrate de pilocarpine. Cela ne se fait que dans 2 cas :

1° Quand le malade a suivi ailleurs sans succès le traitement habituel ou que, mieux encore, l'affection a augmenté d'intensité ;

2° Quand on se trouve en présence d'une kératite double dont résulte une cécité presque complète et qui réclame un mieux immédiat.

Dans les autres cas, on débute par les indications ordinaires : une bonne hygiène, des toniques, du sirop de Gibert, des anti-scrofuleux, etc. ; comme traitement local : l'atropine, les compresses chaudes, les frictions mercurielles. Les manœuvres chirurgicales telles que l'iridectomie, la paracentèse de la chambre antérieure, la sclérotomie ne sont pour ainsi dire plus en usage à la clinique depuis l'emploi de la pilocarpine.

Si ce traitement échoue, on a immédiatement recours aux injections ; la solution employée est de 1/50 (1 p. 50). Soit la formule suivante :

Nitrate de pilocarpine..... 0 gr. 20
Eau distillée..... 10 gr. "

une seringue de Pravaz de 1 cent. cube contiendra 0 gr. 02 de l'alkaloïde, or l'eau distillée donnant vingt gouttes par centimètre cube, chaque goutte de la solution contiendra 1 milligramme de nitrate de pilocarpine.

Voici comment se donnent les injections et quels sont les phénomènes qui se produisent. Il est tout d'abord recommandé expressément aux malades de ne se présenter qu'à jeun ou après une digestion complète, c'est-à-dire que l'injection de pilocarpine devant être pratiquée à 2 heures de l'après midi, par exemple, on leur enjoint de prendre leur repas au plus tard à 9 heures et aussi léger que possible. Le premier jour, on injecte sous la peau d'un des deux avant-bras 8 gouttes de la solution contenant moins de 1 centigramme de la substance active.

La susceptibilité du malade étant ainsi tâchée, le lendemain, si la première injection a été bien supportée, on injecte 1 centigramme de nitrate de pilocarpine, et on se maintient à cette dose pendant toute la durée du traitement.

On fait ainsi une série de 10 à 12 injections consécutives, à raison de 2 ou 3 par semaine dans les cas ordinaires et de une chaque jour dans les cas graves, et, fait des plus intéressants à enregistrer, lorsqu'on suspend le traitement pendant quelques jours, les malades viennent de leur propre mouvement demander qu'on recommence ces injections, car ils s'aperçoivent de l'amélioration rapide que le traitement apporte à leur situation.

L'injection faite, le malade s'assied sur une chaise, un bol entre les jambes ou sur une table : un avertissement préalable lui a fait savoir qu'il cracherait dans un bref délai et serait mouillé de sueurs plus ou moins abondantes. De plus, s'il se plaint d'une indisposition quelconque, il doit s'étendre immédiatement sur une chaise longue disposée à cet effet : cette accident est d'une rareté excessive. Trois minutes se sont à peine écoulées depuis l'injection, que la face se couvre d'une légère rougeur, devient le siège d'une sensation de chaleur particulière, et, si les choses se passent régulièrement, le patient sent sa bouche envahie par un flot de salive qui l'oblige à cracher malgré lui : cette salivation persiste d'une façon continue pendant un laps de temps qui, pour la dose de 1 centigramme, varie de $\frac{3}{4}$ d'heure à 1 heure. Néanmoins, la période de salivation active étant terminée, le malade rentre chez lui, crache encore pendant 2 ou 3 heures, mais d'une façon absolument intermittente et sans en éprouver de fatigue, puisqu'il peut parfaitement reprendre son travail.

Quelquefois pendant la première $\frac{1}{2}$ heure de salivation, certains patients sont en proie à de véritables nausées qui ne s'accompagnent pas de vomissements alimentaires en raison de la vacuité de l'estomac, mais sont constituées par le rejet de mucosités fortement analogues aux pituites ordinaires.

Quelques malades aussi éprouvent à la suite d'injections de pilocarpine un grand affaissement, une véritable fatigue qu'ils comparent à celle qui suivrait un violent exercice et qu'ils expriment par ces mots : " J'ai été dans la situation d'un homme qu'on aurait roué de coups. "

Ces faits sont du reste exceptionnels, une pratique de 20 ans permet de l'affirmer, et le nombre incalculable d'injections faites à la clinique n'a jamais donné rien de semblable aux 3 ou 4 cas graves rapportés par M. Rémy, dans le *Bulletin d'ophtalmologie* de 1893, et dans lesquels il est impossible même à l'auteur d'affirmer que le nitrate de pilocarpine fût le seul coupable.

De ce que nous venons de dire, on peut donc conclure avec M. Grimpret que la pilocarpine employée en injections sous-cutanées est un médicament absolument inoffensif, à condition que l'injection soit pratiquée à jeun et que la susceptibilité du malade à l'action du médicament soit tâchée pendant 1, 2 ou 3 jours.

(*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*)

Le traitement de quelques troubles trophiques du pied et de la jambe par la dénudation de l'artère fémorale et la distention des nerfs vasculaires.

PAR M. JABOULAY.

Les troubles trophiques du membre inférieur qui se rapprochent des maux perforants plantaires sont justiciables, lorsqu'ils résistent à la thérapeutique ordinaire, de l'opération suivante : dénudation de l'artère fémorale dans le triangle de Scarpa, comme pour une ligature, sur toute sa périphérie, et arrachement de filets nerveux (les nerfs vasculaires) qui passent sur elle à ce niveau.

Un homme de 45 ans, alcoolique et syphilitique, présentait des plaques sphacélées, sur le pied droit, depuis trois semaines ; elles étaient noires, elles siégeaient l'une à la plante au point classique des maux perforants, en face de la tête du 2^e métatarsien, une autre sur la partie terminale et interne du gros orteil, une troisième enfin sur la région homologue du 2^e orteil. Ces trois plaques étaient survenues spontanément, s'accompagnant de douleurs dans tout le pied et surtout sur le dos du 2^e orteil. Un chirurgien avait réséqué le 3^e métatarsien trois mois avant, pensant qu'il était la cause de ces douleurs insolites. La sensibilité était peut-être légèrement diminuée dans les téguments de ce pied, mais la motilité y était intacte et la circulation analogue à celle du pied gauche ; les urines ne contenaient rien d'anormal, la moelle épinière paraissait intacte dans ses fonctions ; la seule particularité à signaler c'est que la peau de la jambe droite présentait en bas et en dedans une coloration noirâtre avec une sensation douloureuse analogue à celle perçue sur le dos du 2^e orteil. La marche n'était possible qu'avec l'appui d'un bâton ; c'était une vraie claudication.

Le lendemain de l'opération, qui avait consisté dans la dénudation de l'artère fémorale et l'arrachement de deux nerfs qui vinrent sur une longueur de 15 centimètres environ, il s'était produit à la plante du pied une grosse phlyctène de 5 centimètres de diamètre ; elle comblait toute la voûte et d'emblée avait atteint ses plus grandes dimensions ; c'est vers le 8^e jour qu'elle a commencé à diminuer et le 10^e qu'elle a éclaté au moment de la marche, montrant à découvert un tégument exulcéré. Et comme notre malade n'a jamais voulu garder de repos, l'exulcération a mis cinq semaines à se cicatrifier.

Parallèlement, les phénomènes suivants se sont montrés du côté

des plaques noires : le 9 jour, la plaque de la plante était tombée, laissant au-dessous d'elle une surface lisse et cicatrisée ; le même jour, on aurait pu enlever les deux plaques noires qui recouvraient les extrémités des deux premiers orteils, car elles étaient détachées sur leurs bords et ne tenaient plus que par leur centre qui se séparait trois jours après. Cette séparation des parties momifiées et vivantes s'est faite sans qu'un pansement ait été mis à leur niveau.

Un mois et demi après l'intervention, le malade demandait sa sortie, ne souffrant plus que d'une légère douleur sur le dos du 2^e orteil, et marchant sans appui et sans la boiterie de son entrée.

Faut-il attribuer au simple repos une grande part de cette rapide amélioration ? mais le malade qui souffrait avant l'opération gardait une immobilité relative, et il se mit à marcher tout de suite après l'intervention qui l'avait soulagé.

Pour comprendre l'action de cette méthode thérapeutique, sans préciser la part qui revient à la dénudation artérielle et celle qui relève de la distention nerveuse, et sans dire si l'une ou l'autre pourrait être employée seule, il faut songer à cette énorme phlyctène apparaissant quelques heures après elle. Elle indique qu'un trouble vaso-moteur intense a été apporté dans la grande voie circulatoire du membre inférieur, et que le régime de l'irrigation du pied et de la jambe a été modifié.

Il semble qu'il se soit produit un afflux supplémentaire du sang dans un territoire mal irrigué, mal nourri, et que, grâce à lui, des tissus en instance de mort aient pu survivre, éliminer leurs plaques de sphacèle, et reconstituer au-dessous d'elles une cicatrice résistante.

(Lyon médical).

De la cure radicale des ulcères variqueux.

M. CHIPAULT qui a préconisé avec succès l'élongation des nerfs plantaires dans le mal perforant plantaire, propose pour les ulcères variqueux l'élongation des nerfs sensitifs de la jambe. La technique à suivre comprend deux temps : dans le premier, on pratiquera l'élongation du nerf ; dans le second, on traitera l'ulcère. Bien entendu, l'élongation portera sur le nerf qui innerve le territoire où est situé l'ulcère, c'est-à-dire pour la jambe, soit au saphène interne à sa sortie de l'anneau, au saphène postérieur à sa partie sous-aponevrotique, soit aux collatérales poplitées du sciatique externe, ou au musculo-cutané. Étant donné le siège le plus fréquent des ulcères variqueux qui est la partie inférieure de la face intérieure et interne de la jambe, l'élongation la plus habituelle est celle du saphène interne, et celle du musculo-cutané.

L'élongation du nerf devra se pratiquer par des tractions exercées sur sa partie périphérique, avec une grande prudence, car ces nerfs sont particulièrement fragiles chez les variqueux. Après l'élongation, viendra le traitement direct de l'ulcère ; il se fera de deux manières. Si l'ulcération est moyenne en étendue et en profondeur, on en fera l'ablation complète et l'on tentera ensuite la réunion par première intention. La peau a une élasticité très grande qui se manifeste seulement au bout d'un assez long temps ; il faudra donc, après excision du lambeau ulcéré, passer de longues soies d'un bord à l'autre de la plaie, et affronter ces bords avec patience, par une traction lente et continue.

L'ulcération est-elle très étendue, très profonde ? On se contentera de la ruginer et d'en faire une plaie saine, et l'on tâchera d'obtenir la cicatrisation par des pansements humides.

M. Chipault rapporte en terminant trois observations qui ont donné trois résultats heureux, ces malades s'étant comportés comme ceux, bien plus nombreux, opérés par une technique analogue pour mal perforant plantaire.

(Médecine moderne.)

OBSTÉTRIQUE

De l'enchatonnement du placenta.

Par J. AUDEBERT.

(Suite)

Le toucher intra-utérin permettra d'ailleurs de s'en assurer facilement. Une main guidée par le cordon (sauf le cas exceptionnel de rupture) traverse rapidement le vagin et le segment inférieur qui se laisse déprimer sans effort, et arrive au niveau de l'anneau de Bandl ; le plus souvent, cet anneau est franchi sans difficultés ; quelquefois cependant un état de demi-contraction oppose une certaine résistance, bientôt vaincue par une pression douce et continue. La main est alors dans la grande cavité utérine, occupée presque toujours par la masse principale du placenta décollé qui repose sur l'anneau de Bandl, et qui quelquefois même le dépasse et vient distendre le segment inférieur ; il est alors suspendu par un pédicule très allongé. Après quelques tâtonnements, on parvient à contourner le placenta et on se dirige vers l'angle de l'utérus que l'on sait d'après le palper être le siège de la tumeur surajoutée. A ce niveau, la main sent que le placenta se lamine, se pédiculise, et en suivant le pédicule, elle se met bientôt en contact avec l'anneau musculaire dont la contraction a amené la formation du chaton. Un ou deux doigts pénètrent dans le chaton, en explorent le contenu et constatent le degré d'adhérence du placenta. Une fois ces résultats obtenus, on est en droit de conclure que les accidents survenus chez les parturientes sont bien dus à une incarceration du placenta.

Quelle autre cause pourraient-ils reconnaître ? La constatation nette du globe utérin par le palper permet d'éliminer de suite l'hémorragie par défaut de contractilité, *par inertie*. La *tétanisation* totale de l'utérus se traduit par une dureté ligneuse, par la sensation d'un véritable bloc à travers la paroi abdominale, enfin par la contraction de l'anneau de Bandl, plus rarement de l'orifice utérin.

La rétraction de l'orifice utérin isolé et la rétention du placenta inséré en partie dans l'extrémité utérine d'une des trompes sont des raretés cliniques négligeables dans la pratique.

Le seul diagnostic qui puisse retenir quelque temps l'esprit de l'accoucheur est le diagnostic avec la rétraction de l'anneau de Bandl. Mais si l'on se reporte aux points de repère anatomiques que j'ai exposés plus haut, on voit que cette erreur est difficile à commettre. L'anneau de Bandl se rencontre immédiatement au-dessus du cylindre molasse, ployé en accordéon, qui est constitué par le segment inférieur, et c'est le premier obstacle solide que la main rencontre dans sa progression à travers les organes maternels. Pour arriver sur le sphincter adventice qui forme l'enchatonnement, il faudra donc traverser d'abord l'anneau de Bandl, et ce simple fait dissipe toutes les hésitations que l'on pourrait concevoir sur la localisation précise de la rétention placentaire.

D'après ce que j'ai dit, on voit que dans bien des cas un traitement *prophylactique* serait d'une utilité incontestable. En observant pendant la délivrance une ligne de conduite logique et basée sur l'étude des phénomènes naturels, le praticien se mettrait à l'abri de bien des accidents. Par conséquent, il devra s'abstenir de toute manœuvre irrégulière telles que les malaxations violentes de la matrice et surtout les tractions immodérées et intempestives sur le cordon avant le décollement complet du placenta. Il serait même plus prudent d'avoir recours d'une manière générale à la méthode dite par *expression française* qui consiste à exprimer le placenta après son décollement et dans l'intervalle des contractions.

Je ne veux pas revenir ici sur les dangers de l'ergot de seigle, je rappellerai seulement la formule toujours vraie de Pajot : "On

ne doit jamais administrer de l'ergot de seigle tant qu'il reste quelque chose dans l'utérus."

Mais en présence d'un enchatonnement constitué, que doit-on faire ? Ici deux cas peuvent se présenter :

1° Il y a hémorrhagie, et par hémorrhagie j'entends un écoulement de sang abondant avec tendances syncopales et fréquence du pouls qui atteint ou dépasse 100 pulsations par minute ;

2° La femme ne perd pas de sang.

1° Dans la première hypothèse il ne saurait y avoir de doute ; il faut de suite vider l'utérus et pratiquer la délivrance artificielle en suivant la technique que je décrirai bientôt.

Si cependant l'état général était trop grave et faisait craindre une terminaison immédiate fatale, on emploierait la transfusion d'eau salée qui, dans quelques cas semblables, produit de véritables résurrections. L'injection hypodermique est suffisante le plus souvent ; ce n'est que dans les cas désespérés que l'on aura recours à la voie veineuse.

2° En l'absence de tout écoulement de sang faut-il attendre ?

A mon avis, la temporisation ne peut avoir que des dangers. La contracture de l'anneau musculaire augmentera de plus en plus, et rendra la pénétration du doigt dans le chaton impossible ou plus difficile. De plus une hémorrhagie peut survenir subitement et donner lieu en quelques minutes à des symptômes alarmants. Mieux vaut intervenir de suite quand la femme est moins fatiguée, l'anneau moins serré, l'opération plus aisée.

C'est dire que je réprovoe les moyens conseillés par les anciens auteurs : les bains, la saignée, les injections vaginales ou utérines, l'administration du chloral, des opiacés, qui sont d'abord inefficaces et font perdre de plus un temps précieux.

Le massage de l'utérus peut être dangereux ; l'amincissement de la loge d'enchatonnement facilite la rupture de la paroi utérine.

Dois-je revenir une fois de plus sur l'ergot de seigle et montrer combien son emploi est fatalement suivi de conséquences désastreuses ? Qu'il me suffise de rappeler une observation dans laquelle l'ergotine a été administrée après l'évacuation de l'utérus conformément au précepte de Pajot ; quand je dus introduire la main dans l'utérus, j'eus à lutter contre une forte contracture de l'anneau de Bandl, lequel lors de la délivrance artificielle pratiquée quelques minutes avant l'injection hypodermique n'avait offert aucune résistance. Et pourtant cette pratique était ici excusable puisque le placenta avait été expulsé en entier. Mais non seulement le résultat a été nul au point de vue de l'arrêt de l'écoulement sanguin, mais l'effet en a été certainement nuisible. Aussi faut-il être très prudent dans l'emploi de l'ergot de seigle et de ses dérivés pour combattre les hémorrhagies de la délivrance, et je ne crois pas trop m'avancer en disant qu'un bon accoucheur n'aura que très rarement recours à un médicament aussi peu efficace et aussi dangereux.

On a conseillé de donner du chloroforme aux parturientes pour obtenir une détente dans la contracture musculaire. Cette médication peut se discuter : l'action du chloroforme sur la fibre musculaire utérine est indéniable, elle porte sur la contractilité et la rétractilité qu'elle diminue d'une façon notable. Mais n'est-il pas risqué de plonger dans l'anesthésie chloroformique une femme déjà épuisée par une abondante hémorrhagie ?

Aussi je crois que le chloroforme doit être réservé aux femmes qui n'ont pas subi une spoliation sanguine considérable, et je ne l'admets que pour aider, pour faciliter l'intervention, en plongeant l'opérée dans la résolution musculaire.

L'intervention est décidée. La femme est mise en travers de son lit, les deux membres inférieurs soutenus par des aides. L'accoucheur, les précautions antiseptiques prises, introduit une main dans les organes génitaux, tandis que l'autre main appliquée sur la paroi abdominale dirige, contrôle les mouvements de la première.

Quand après avoir franchi l'anneau de Bandl, on arrive à l'orifice du diverticule, si cet orifice est perméable, on procède de suite au nettoyage, au curage du chaton. Un ou deux doigts en évacuent tout le contenu, placenta et membranes, en les décollant de la paroi, laquelle doit à ce moment être doublée et soutenue par la main abdominale.

Mais si l'anneau est tellement contracturé que l'introduction du doigt soit impossible, il faut s'abstenir de toute violence et essayer d'insinuer le doigt par une pression lente, progressive et continue. En cas d'échec, on pourrait utiliser un ballon de Champetier de Ribes de petit calibre, ou faire pénétrer un ruban de gaze iodoformée qui distendrait à la longue le sphincter contracturé.

Je crois qu'il est plus commode de guider sur un doigt l'extrémité d'une sonde intra-utérine dont les yeux doivent entrer dans la cavité diverticulaire ; on laisse écouler une certaine quantité d'eau chaude qui réveille bientôt la contractilité de la paroi du sac et décolle peu à peu le placenta. Sous l'influence de ce décollement l'orifice s'ouvre et l'évacuation devient très aisée. Souvent après l'injection chaude, le chaton disparaît subitement et définitivement, ce dont on s'assure par le palper.

Le placenta est alors recueilli dans la main et attiré au dehors.

Charpentier conseille après l'expulsion du placenta les injections antiseptiques pratiquées à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours dans l'intérieur du sac.

Je crois que ce traitement est inutile dans la pluralité des cas, surtout si l'intervention est précoce, car dans presque toutes mes observations le sac disparaît après son évacuation. Si l'hémorrhagie persistait après la délivrance, il serait facile de les maîtriser en faisant passer un ou deux litres d'eau chaude dans le chaton. Ce petit moyen n'a jamais donné d'insuccès.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

PÉDIATRIE

Traitement de la varicelle.

Voilà une maladie le plus souvent bénigne ; le plus souvent on peut donc s'en tenir à l'expectation armée ou peu s'en faut.

La prophylaxie comporte l'isolement du sujet et sa désinfection, la surveillance des suspects.

Pour la rentrée à l'école, il faudra exiger un éloignement de dix-huit jours au moins, vingt-cinq jours en moyenne de quarantaine ; la chute des croûtes fixe le terme.

Pas de spécifique, pas de sérum jusqu'ici. La vaccination, proposée comme efficace, échoue.

Pour le traitement proprement dit, il importe plus de prévoir, pour n'avoir pas à soigner.

Mettre d'abord l'organisme de l'enfant en bonne posture en face de l'infection, par conséquent :

1° Purgatif, calomel de préférence ;

2° Régime doux, lait surtout, farineux et œufs, ce qui assure l'asepsie intestinale relative ;

3° Boissons délayantes et anodines, orangeade, citronnade, etc., favorables à la diurèse ;

4° Thé, café au besoin, et même extrait mou de quinquina comme médication tonique.

Les éléments varicelleux ne suppurent et ne laissent de cicatrices que par infection secondaire. Pour éviter cette complication et les autres rares, ulcérations, phagédénisme, gangrène, protéger les vésicules. Pas de bains avant crustification.

A la figure, attouchements légers sur les vésicules qui tendent à pustuler avec un antiseptique, huile mentholée au 50, éther au

sublimé au 500e en solution acide, par exemple, d'après la formule de Talamon, ou à la glycérine.

Onction de vaseline antiseptique au salol, à l'acide phénique ou glycérolé. De même dans les cheveux ; parfois nécessité de les couper.

Sur le corps, poudrage au talc et salol ou oxyde de zinc ou bismuth, au besoin sur onctions de vaseline antiseptique.

Pour le nez, lavages, pour la bouche, gargarismes antiseptiques, à la solution boricée concentrée.

Toilette générale à la même solution.

Après complète dessiccation, bain antiseptique, soit au savon mou de potasse ; au besoin, bain de sublimé.

Surveiller particulièrement les conjonctives, l'anus, les organes génitaux, les plis cutanés.

En cas de suppuration, faire la désinfection des points suppurés, nettoyage, pansement antiseptique occlusif, phéniqué (pas chez les petits) iodoformé, salolé, etc.

(H. GUILLET, in *Journ. des prat.*)

Maladies nerveuses

Des fractures spontanées pendant les accès épileptiques.

Par le Dr. N. CHARON.

Le Dr. Charon a pu recueillir, pendant dix années de pratique des aliénés, cinq observations de fractures spontanées, dont trois pour le fémur, deux pour l'humérus, — survenues chez des épileptiques pendant leurs accès.

Ces cinq cas comportaient comme symptômes communs : siège de la fracture un peu au-dessous du tiers supérieur, direction de la fracture très oblique de haut en bas et de dehors en dedans, œdème de la région avec ecchymose très étendue occupant, pour la cuisse, toutes les régions postérieure et interne ; pour le bras, les régions antérieure et interne.

Sans doute ces faits sont trop peu nombreux pour permettre d'établir d'une façon rigoureuse la symptomatologie des fractures spontanées. Ils nous ont semblé cependant comporter, au triple point de vue de la pathogénie, de la clinique et de la médecine légale, quelques réflexions utiles.

A cette notion vague, que la fracture des os longs peut se produire spontanément, pendant les attaques convulsives, chez des sujets présentant un système osseux particulièrement fragile, on pourrait, ce nous semble, ajouter :

S'il est vrai que le plus souvent les fractures spontanées se produisent sur des os fragiles par suite de lésions constitutionnelles ou acquises, il est vrai aussi que ces fractures peuvent atteindre des individus à système osseux normal.

Les fractures spontanées des os longs sont produites par la contraction violente et combinée des grands muscles fléchisseurs et adducteurs, au début de la phase des convulsions cloniques, mais à la condition que l'effet en flexion et en adduction soit empêché par une cause extérieure, comme, par exemple, l'immobilisation d'un bras du levier sur lequel agissent ces muscles et la fixation des points d'insertion de ces mêmes muscles à l'extrémité opposée du levier.

C'est ce mécanisme même qui explique la fréquence relative des fractures spontanées du fémur et de l'humérus, par l'immobilisation facile de l'épaule et du siège d'une part, par la fixation, ou l'arrêt aussi facile de l'avant-bras et de la jambe dans leurs mouvements de flexion et d'adduction, d'autre part. Lorsque ces conditions se trouvent réunies, toute l'action des grands muscles fléchisseurs et adducteurs a pour résultat de tendre l'arc osseux, et, lorsque cette

tension dépasse sa capacité élastique, de produire la fracture au lieu de la moindre résistance. Ce processus pathogénique explique aussi la rareté, sinon l'impossibilité, des fractures spontanées des os de la jambe et de l'avant-bras, en raison de la solidarité des os, de la division et de la mobilité des joints d'attache des muscles fléchisseurs, de la difficulté de fixer les extrémités des leviers sur lesquels agissent ces muscles.

Les fractures spontanées chez les épileptiques s'accompagnent de désordres anatomiques qui démontrent l'extrême violence des contractions musculaires : ecchymose considérable, hémorragies intra-musculaires, déchirures des aponévroses, œdème profond.

Au point de vue du diagnostic clinique, lorsque, chez un épileptique avéré ou un individu présentant des signes d'un accès convulsif récent, on se trouvera en présence d'une fracture du fémur ou de l'humérus, on devra songer à la possibilité d'une fracture spontanée ; lorsqu'on constatera que le siège de cette fracture est aux environs de la partie médiane de l'os, que sa direction est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, que la cuisse ou le bras présente un œdème et une ecchymose considérables suivant particulièrement la direction des grands muscles fléchisseurs et adducteurs, qu'il n'existe aucune plaie ni contusion, indices d'un choc ou d'une chute pouvant produire une fracture directe ou indirecte, ou pourra déclarer la fracture très probablement spontanée ; si les commémoratifs ou l'examen personnel permettent de considérer comme certain que, au moment de l'accident, par suite d'un ensemble de circonstances spéciales, il existait une immobilisation des extrémités supérieures des leviers osseux (bassin ou épaule) et que les parties inférieures des dits leviers (jambe, avant-bras) se trouvaient entravées dans leurs mouvements de flexion et d'adduction, on pourra affirmer la spontanéité de la fracture.

C'est surtout au point de vue de la médecine légale que le diagnostic des fractures spontanées présente de l'importance. Chaque jour, en effet, le médecin expert ou simplement le médecin traitant peut se trouver en présence d'une fracture dont la pathogénie est obscure et qui peut être précédée de circonstances telles qu'une action soit intentée devant les tribunaux, dans laquelle le sort d'un ou de plusieurs inculpés dépend de l'appréciation médicale. Il sera bon, dans ces cas, de se souvenir que, si les fractures spontanées sont peu fréquentes, elles ne sont point absolument rares chez les épileptiques et qu'elles présentent quelques particularités qui permettent le plus souvent, sinon d'affirmer le diagnostic, au moins de le rendre très probable et, pour le moins encore, de justifier un doute prudent qui, en bonne justice, doit toujours profiter à l'accusé.

Une autre conclusion pratique se dégage aussi des quelques considérations pathogéniques précédentes, c'est que, si l'épileptique, dans son intérêt comme dans celui des autres, doit être constamment, étroitement et intelligemment surveillé, il doit être laissé toujours absolument libre de ses mouvements dans des locaux d'accès facile, distribués de la façon la plus simple et pourvus de mobiliers aussi mobiles et aussi légers que possible.

(Ann. méd.-psych.)

DERMATOLOGIE

L'acné vulgaire, sa description, son traitement.

M. GAUCHER s'occupe dans cette étude de l'acné vulgaire, acné inflammatoire, que l'on a chaque jour sous les yeux, principalement chez les jeunes gens, dont elle couvre la figure de boutons. Ces boutons se composent de papules et de pustules, ces dernières étant un stade évolutif des premières.

En théorie, on les trouve partout où existent des glandes sébacées. En réalité, ils siègent de préférence sur le visage, la nuque,

sur les épaules et sur le dos ; certains auteurs ont nommé cette acné : l'acné juvénile. L'élément est une papule rouge, à base indurée, douloureuse, qui devient jaunâtre en deux ou trois jours ; c'est le résultat d'une infection extérieure due à la présence des staphylocoques ; mais cette infection n'est pas la règle absolue, elle n'existe pas chez les sujets qui n'ont pas tendance à la suppuration et chez les sujets dont les orifices des glandes sébacées ne sont pas béants et reçoivent peu les agents extérieurs de la suppuration. Alors, de deux choses l'une : ou la pustule se rompt, livre passage à un bourbillon minuscule, et disparaît sans laisser de trace ; ou bien le pus se dessèche, forme croûte qui tantôt tombe, tantôt laisse après elle de l'induration causée par la rétention de produits inflammatoires : on a l'acné indurée. L'acné phlegmoneuse est le résultat d'une infection plus généralisée, toujours suivie de cicatrices.

Certaines papules restent telles qu'elles jusqu'à leur régression ; leur association avec les formes précédemment décrites donne l'acné polymorphe. D'autres affections des glandes sébacées existent concurremment chez les acnéiques qui sont aussi des séborrhéiques, d'où coexistence de la séborrhée pityriasiqne du cuir chevelu, de l'acné miliaire et de l'acné ponctuée.

L'acné miliaire est constituée par de petites granulations grosses comme une tête d'épingle, résultat de l'accumulation du sébum dans la cavité glandulaire ; l'énucléation, seul moyen de guérison, permet d'y constater la présence de matière grasse et de quelques cristaux de cholestérine. L'acné ponctuée est encore plus fréquente : points noirs occupant les orifices des grandes sébacées, constitués par la matière sébacée concrétée, et qui doivent leur coloration aux poussières ; c'est le type des acnés par rétention. Le *demodex folliculorum* qu'on y rencontre, disent les Allemands, semble assez mythique à M. Gaucher.

L'étiologie de l'acné ? Le lymphatisme de et le mauvais traitement des voies digestives. Le lymphatisme, on sait le reconnaître, mais la dyspepsie est un peu spéciale ; elle s'accompagne le plus souvent de dilatation d'estomac avec mauvaise élaboration des graisses et fermentations excessives.

La thérapeutique de l'acné vulgaire est plus simple en réalité qu'elle ne le paraît au premier abord. Aucun médicament interne n'est spécifique de l'acné ; il faut surtout éviter l'ichtyol et l'huile de foie de morue ; au contraire, on insistera sur le régime ; tout est là. Il faut restreindre ou supprimer les aliments gras, les aliments fermentés ou fermentescibles. L'acnéique usera de viandes blanches ou rouges rôties, de légumes non acides et de fruits cuits ; des laxatifs fréquents feront très bon effet, car ces malades sont toujours des constipés. Le traitement externe devra nettoyer la peau et modifier ses fonctions. Les lavages à l'eau chaude avec un savon (éviter le savon noir) sont très bons ; l'eau chaude nettoie et est antiphlogistique. Le meilleur agent est le soufre et, en particulier, le soufre précipité pur et tamisé dont on fera des pommades à 1, 2, 3 pour 30, suivant le degré de susceptibilité de la peau.

On peut recourir au trisulfure de potassium en solution aqueuse à 1 pour 100 ; les antiseptiques sont prescrits aussi, mais aucun ne vaut le soufre, seul agent capable de donner des résultats durables.

(Journal de médecine interne.)

THERAPEUTIQUE

Le choix d'un médicament cardiaque.

La digitale ralentit et régularise les battements cardiaques, surtout lorsqu'ils sont fréquents et irréguliers pathologiquement.

Elle élève la tension artérielle et rend l'impulsion cardiaque plus forte.

Elle est diurétique.

Bien que ralentissant les contractions cardiaques, elle ne doit pas être prescrite toutes les fois que les battements du cœur sont précipités. Dans certaines palpitations avec tachycardie, la digitale peut être nuisible ; on ne la donnera pas, par exemple, dans les palpitations d'origine toxique, celles qui sont causées par l'abus du thé, du café, de l'alcool. On s'en abstiendra également dans les palpitations d'ordre réflexe et dans les palpitations des tuberculeux.

Dans le cas d'arythmie, s'il y a en même temps hypertension artérielle, la digitale doit céder le pas à d'autres médicaments.

La digitale est diurétique, à la condition de lui faciliter son action en abaissant la tension veineuse par un purgatif, par une saignée en ponctionnant l'ascite... ; sinon le cœur s'épuise contre les obstacles circulatoires périphériques.

La digitale doit être donnée, en somme, toutes les fois qu'il y a *affaiblissement du cœur, avec irrégularité ; abaissement de la tension artérielle, urines rares, etc.*

Elle doit être administrée à doses assez fortes, mais peu prolongées, afin d'éviter l'accumulation. La poudre de feuilles en infusion ou en macération constituent les préparations les plus employées ; il ne faut pas craindre de prescrire 0 gr. 50 pendant trois ou quatre jours consécutifs. On se sert aussi fréquemment de la solution alcoolique de digitaline au 1/1000 dont XL gouttes correspondent à un milligramme.

Dans le cas, non plus d'asystolie franche, mais d'hyposytolie, on peut donner des doses moindres et plus longtemps continuées, avec des intervalles de repos de quinze jours en moyenne, pendant lesquels on administre spartéine, convallaria ou strophanthus.

La caféine est un tonique du cœur, comme la digitale, mais c'est surtout un stimulant. Elle s'adresse plutôt aux ganglions nerveux qu'à la fibre musculaire cardiaque. Elle est indiquée quand l'affaiblissement du cœur est dû à un défaut d'excitation centrale, notamment dans les cas où il y a parésie ou paralysie du cœur par intoxication et infection, notamment dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, dans l'anémie, etc. ; d'autre part, dans les cardiopathies valvulaires quand le cœur est épuisé. C'est aussi un diurétique, mais elle ne ralentit pas le nombre des pulsations ; aussi est-elle contre-indiquée quand il y a des contractions fortes et rapides, avec palpitations. Par contre, elle doit être employée toutes les fois qu'il y a bradycardie.

La caféine agit très vite, mais son action s'épuise vite ; aussi faut-il l'administrer à doses fréquemment répétées.

En raison de son action sur l'estomac, on l'emploie presque toujours par la voie sous-cutanée, associée à un sel de soude, parce qu'elle n'est pas soluble dans l'eau :

Caféine.....	3 grammes.
Benzoate de soude.....	3 —
Eau distillée q. s. pour.....	10 cent. cubes.

La spartéine augmente la force et l'amplitude de la contraction cardiaque ; elle régularise le rythme du cœur mais elle agit très peu sur les vaisseaux périphériques et n'a qu'une action diurétique faible. On peut l'utiliser dans tous les cas où l'on a à craindre une augmentation de la tension : dans l'artério-sclérose où la digitale est contre-indiquée ; dans l'insuffisance aortique, quand la myocarde s'épuise, quand il y a asthénie cardiaque, sans sclérose prononcée.

Le sulfate de spartéine s'emploie à l'intérieur à la dose moyenne de 0 gr. 10 par jour ; en raison de son amertume il semble exercer une action favorable sur l'estomac.

On peut associer l'iode et la spartéine, dans les cas d'artério-sclérose.

Le convallaria est un tonique du cœur comme la spartéine ; c'est de plus un diurétique et un euphorique. La convallaria réussit bien dans les palpitations nerveuses sans lésions d'orifices, dans

l'insuffisance aortique où il calme les battements vasculaires, céphaliques, etc.

On emploie l'extrait à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50.

Le *strophantus* ralentit les contractions, élève la tension artérielle et détermine une diurèse abondante. Il agit très bien dans les cas d'astolie aiguë.

On prescrit la teinture à 1/5 dont on prescrit IV ou V gouttes, ou la teinture à 1/30 dont on donne jusqu'à X ou XV gouttes. Quant à l'extrait, on l'emploie à la dose de 0 gr. 001 à 0. gr. 002.

(Dr. CARRIÈRE, in *Nonv. Montpellier médicale*.)

De l'ichtyol dans les fissures anales.

Conitzer prétend que l'ichtyol rend de grands services dans le traitement des fissures à l'anus ; il y aurait une guérison dans l'espace de quelques jours. On fait des applications deux fois par jour au début, précédées de cocaïnisation ; vers la guérison on emploie la préparation non diluée.

(*Therapeutic Gazette*).

REVUE PROFESSIONNELLE

DE L'UTILITE D'UNE UNION DE DEFENSE MEDICALE.

Dans un article éditorial le *New-York Medical Journal* revient de nouveau sur cette question importante, la création d'une association ayant pour but de protéger les membres de la profession contre le chantage, l'incompétence professionnelle, les plaintes ou poursuites. Elle attire l'attention sur la grande utilité d'une telle organisation et les bienfaits que la profession en retire. Elle cite le cas du docteur Kidd, d'Angleterre, un médecin de renom accusé de négligence et de mauvais traitement ; la défense de la cause a été acceptée par la *Medical Defense Union*, dont il était membre, et conduite à bonne fin, par les meilleurs avocats qu'elle a pu fournir. Le médecin a évité ainsi la plus grande partie des tracas et des ennuis que ces procès ennuyeux entraînent et ça ne lui a coûté que dix chelins et demi, sa souscription annuelle comme membre de l'Association.

L'existence d'une telle organisation, dit le *New York Medical Journal*, paralyserait cette tendance aux poursuites injustes auxquelles les médecins sont exposés, car le public apprendrait promptement à respecter et penserait sérieusement avant de venir en lutte avec une telle ligue, en attaquant injustement ou à la légère un de ses membres. Ce journal insiste fortement sur l'utilité d'une telle ligue de protection aux Etats-Unis, et la veut nationale, avec des succursales dans chaque état.

Que pensent nos lecteurs de l'organisation d'une telle ligue dans la Puissance du Canada ? Surtout en tenant compte que ces cas de recours en justice contre le médecin deviennent de plus en plus communs. Nous avons connaissance personnellement de cinq cas depuis un an ; et combien d'autres sont étouffés, car le pauvre médecin non coupable paye plutôt que de voir son nom traîné devant les cours de justice, même étant certain de prouver son innocence. Une association de ce genre épousant la cause du médecin innocent arriverait à éviter, par son influence et sa force, des frais et des ennuis au médecin, et à la profession.

Aussi cette association n'aurait-elle pas pour effet de rendre le médecin plus prudent, lorsqu'il saura qu'après examen sérieux de l'affaire, la ligue n'acceptera pas sa défense s'il est grossièrement coupable.

Ne relèverait-on pas ainsi le niveau de la profession dans certains endroits ? Si la ligue donne à ses membres les conseils pour éviter ses ennuis ?

Nous aimerions à avoir les opinions de nos lecteurs sur le sujet. Il y a du pour et du contre, et du choc naîtra la lumière.

N.

QUESTIONS ET REPONSES

11° Est-il réellement nécessaire qu'un étudiant ait passé des examens préliminaires, ou autrement dit ait obtenu son brevet d'admission à l'étude de la médecine, pour pouvoir pratiquer dans la Province de Québec, après avoir reçu le diplôme d'une université de la même province ? A ma connaissance, de jeunes médecins n'ont jamais subi d'examens devant les *assesseurs* nommés par le Collège des médecins, et cependant ils pratiquent à côté de ceux-là mêmes qui ont tant travaillé pour obtenir le brevet préliminaire. N'est-ce pas injuste ?

ETUDIANT.

FORMULAIRE

CÉPHALALGIE DES NEURASTHÉNIQUES. — *Hamilton*.

Carbonate d'ammoniaque.....	3 drachmes.
Teinture de musc.....	6 —
Teinture de lavande.....	1 once.
Elixir de valérianate d'ammoniaque	8 onces.

Dose : — Une cuillerée à dessert dans de l'eau.

SCIATIQUE. — *Crocq.*

Ichtyol.....	20 parties.
Chloroforme	} de chacun..... 30 parties.
Baume tranquille	

Badigeonner au lieu de la douleur.

Prendre à l'intérieur 6 à 8 capsules par jour d'ichtyol, chacune de 10 centigr. (1½ gr.).

(*Semaine médicale*.)

Eczéma. — *Landau*.

Tannoforme.....	1 partie.
Lanoline.....	10 —

Renouveler toutes les 24 heures.

(*Progrès médical*.)

NOUVELLES.

— Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de notre ami, monsieur le docteur Méthot, de Trois-Rivières.

— Nous apprenons que le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec tiendra sa seconde réunion annuelle à Québec, les 27 et 28 de septembre.

— Nous sommes heureux de nous joindre aux nombreux amis du docteur Jules Prévost, de Saint-Jérôme, pour le féliciter chaleureusement du cinquantième anniversaire de son mariage.

L'administration. — Nous rappelons à nos abonnés que *La Revue médicale* n'est pas une institution financière, donc nous serons très heureux de recevoir ce qui nous est légitimement dû. Avis à qui de droit.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Les maladies infectieuses. Ire partie : De l'examen bactériologique dans le diagnostic des maladies infectieuses.....	89
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : La fièvre typhoïde à début brusque simulant l'appendicite, par M. Moizard. — Réaction de Bareggi pour distinguer la tuberculose aiguë de la fièvre typhoïde.....	89
CHIRURGIE : Du traitement du mal perforant par l'élongation des nerfs : bilan actuel de cette technique, par M. A. Chipault. — Valeur diagnostique et pronostic des adénopathies dans le cancer épithélial, par MM. Soupault et Labbé. — De la ligature de la veine dorsale du pénis dans l'impuissance fonctionnelle, par le docteur Wiley Broome.....	91
OBSTÉTRIQUE : Du séjour au lit des accouchées par le Dr. L.-J. Audebert.....	92
GYNÉCOLOGIE : Apoplexie de l'utérus, par C. von Kahlden.....	93
THÉRAPEUTIQUE : L'iodure de potassium et l'actinomyose. — Traitement de la pleurésie par les applications locales de galacol.....	94
REVUE PROFESSIONNELLE	
Protestation. — La Faculté de médecine et les agrégés.....	95
FORMULAIRE	96
NOUVELLE	96

Travaux Originaux

LES MALADIES INFECTIEUSES

Ire PARTIE

De l'examen bactériologique dans le diagnostic des maladies infectieuses.

Le microscope, cet instrument merveilleux qui nous fait connaître les mystères d'un monde infiniment petit, et nous en découvre l'étonnante vitalité, est venu éclairer la science médicale d'une lumière toute nouvelle, en apportant au diagnostic des maladies infectieuses une grande certitude.

Avec lui, le médecin connaîtra, du moins dans la plupart des cas, les causes premières de ces maladies regardées jusqu'ici comme mortelles ou presque incurables, et alors, avec le zèle qui doit animer tout fervent disciple d'Hippocrate, il cherchera à combattre ces nombreux microorganismes, doués d'une nocuité si puissante. Aux toxines dangereuses que ceux-ci secrètent, il opposera l'antitoxine, cette médication de l'avenir, cette thérapeutique nouvelle qui, sous le nom de sérothérapie, est en train de bouleverser toute la médecine.

L'expérience aide beaucoup, il est vrai, à la connaissance première d'une maladie, mais, malgré cela, combien d'erreurs de diagnostic ont été commises qui ne l'auraient pas été si le médecin eût fait simplement un examen bactériologique ! Et par suite, combien de malades auraient été guéris, si la cause réelle des troubles survenus dans leur organisme eût été connue, à l'aide de ces recherches microscopiques !

Les services que cette admirable science de la bactériologie rend au médecin sont nombreux et inappréciables, et, depuis Pasteur, ce bienfaiteur de l'humanité, c'est à elle que nous devons ces étonnantes découvertes qui se sont faites dans le domaine médical.

Ce que cette science nouvelle nous réserve pour l'avenir, nul ne le sait, mais il est certain qu'elle modifiera singulièrement la médecine future, et nous expliquera d'une manière victorieuse ces mystères qu'on y rencontre encore.

Soit dans la tuberculose, soit dans la diphtérie, soit dans la blennorrhagie, soit également dans la fièvre typhoïde, la recherche, au microscope ou par la culture, du microbe spécial à ces maladies donnera au médecin une bien grande satisfaction, en affirmant d'une manière positive son diagnostic, fait déjà d'après son expérience et d'après sa connaissance approfondie des symptômes extérieurs.

Dans chacune des affections que nous étudions ensemble, nous nous efforcerons de bien expliquer les lésions causées dans l'organisme humain par ces parasites végétaux, nous traiterons aussi du diagnostic différentiel de plusieurs de ces maladies, et nous donnerons de plus les modes les plus simples et les plus pratiques de rechercher les microorganismes, soit par le microscope seul, soit par la culture.

Nous réclapons l'indulgence du lecteur pour ces quelques notes, ramassées çà et là dans les journaux, dans les livres, un peu partout. Nous les avons réunies sous un tout assez complet, et nous les lui présentons humblement, espérant qu'elles seront utiles à quelques-uns de nos confrères.

Il y a dans ce travail, nous le savons de grandes lacunes, mais on devra tenir compte de notre bonne volonté.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

La fièvre typhoïde à début brusque simulant l'appendicite.

Par M. MOIZARD.

Il y a quelques semaines, on amenait dans mon service à l'hôpital des Enfants-Malades, une fillette de 12 ans, dont l'histoire clinique, était des plus intéressantes. Bien portante habituellement, nerveuse et fille de nerveuse, cette enfant avait été prise dix jours auparavant, et très brusquement, de fièvre intense, de vomissements répétés et d'une douleur très violente dans la fosse iliaque droite. Pendant les premiers jours, la douleur de ventre avait été si violente, sa localisation au point de Mac Burney, si nette, que la possibilité d'une appendicite avait été discutée et admise pendant quelques heures. L'intensité de la fièvre, l'état général moins mauvais qu'il n'aurait dû l'être avec des symptômes aussi intenses, le peu de défense de la paroi abdominale, légitimaient une hésitation que venait lever au huitième jour l'apparition des taches roses lentijoulaire. Quand la malade fut amenée dans mon service au dixième jour de la maladie, la question d'appendicite ne se posait même plus, et je fus étonné de voir, aussi complètement, aussi définitivement calmé, un orage dont des renseignements très précis m'apprenaient l'intensité. Tout était fini en effet. La palpation au niveau de la fosse iliaque déterminait à peine de sensation douloureuse ; il n'y avait ni défense de la paroi, ni empatement profond, et je me trouvais en présence d'une fièvre typhoïde banale qui a du reste évolué d'une façon tout à fait normale. La malade est actuellement en pleine convalescence, et ne présente aucune trace des accidents

si intenses, et en apparence si menaçants qui avait marqué le début de la maladie.

Voici, certes, un fait intéressant, et utile à relater, en ce moment où l'appendicite est si fréquente, et où l'attention étant éveillée si vivement sur elle, nous avons tous, involontairement, la tendance à voir, comme on dit vulgairement, "des appendicites partout."

Ces faits sont-ils si rares ? Oui, certainement, d'une façon absolue. Pourtant c'est le second que je vois, et j'ai entendu relater un troisième.

Dans l'autre fait observé par moi, je fis pendant quelques jours une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'un garçon de 15 ans qui, en pleine santé avait été pris brusquement de vomissements, de douleurs de ventre très intenses, et d'une fièvre violente. Quand je le vis, la douleur était si nettement localisée au niveau du point de Mac-Burney, que malgré le peu d'intensité de la défense musculaire, à la palpation de la fosse iliaque droite, j'admis l'existence d'une appendicite.

Au bout de quelques jours, les symptômes typhiques s'accrochèrent, la douleur de ventre s'atténa, et je dus réformer mon premier diagnostic et reconnaître une fièvre typhoïde qui du reste évolua normalement.

Je connais un fait où la méprise fut plus complète puisqu'elle amena une intervention chirurgicale. La laparotomie montra l'intégrité de l'appendice enlevé au début d'une fièvre typhoïde.

Voici donc trois faits connus de voir : la littérature médicale en fournit d'autres.

Il est donc très important de se rappeler qu'il y a des cas, très rares, il est vrai, dans lesquels la fièvre typhoïde peut débiter brusquement, avec des vomissements plus ou moins abondants, plus ou moins répétés, accompagnés de douleurs si intenses du point de Mac Burney, que le diagnostic d'appendicite peut paraître s'imposer pendant quelques jours et que des médecins et des chirurgiens expérimentés ont pu commettre, en pareil cas, l'erreur de pratiquer la laparotomie.

C'est cette forme seule que j'étudie en ce moment ; et si, je m'en rapporte au seul cas que j'ai observé personnellement au début, au moment où l'erreur était possible, et où je l'ai commise pendant quelques jours, les éléments du diagnostic sont les suivants : dans ces faits de fièvre typhoïde à début pseudo-appendiculaire, la défense abdominale, à la pression, est beaucoup moins vive, beaucoup moins marquée que dans l'appendicite, l'hyperesthésie de la paroi, moins prononcée ou nulle, enfin, les symptômes généraux, n'ont pas l'intensité et le caractère de ceux qui se montrent dans une appendicite d'emblée d'apparence aussi grave.

Le faciès, en particulier, ne présentait pas, chez mon malade, le caractère abdominal si typique en pareil cas. Il y a donc, en fait, discordance, entre les phénomènes réactionnels si intenses, et le faciès du malade, qui n'est pas celui que l'on rencontre dans les appendicites graves, nécessitant une intervention précoce.

On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister, l'extrême difficulté du diagnostic : Il n'est pas possible en pareil cas, de compter sur le séro-diagnostic pour éclairer le praticien. Les accidents que j'ai indiqués, se montrent tout à fait au début de la fièvre typhoïde, et à ce moment la méthode Widal ne donne pas, le plus souvent de résultat. Il faut donc avoir toujours l'attention éveillée quand il s'agit de cas pareils, et avant d'admettre l'existence d'une appendicite, analyser minutieusement tous les symptômes, afin de ne pas s'exposer à une erreur.

Comment interpréter ces accidents si curieux ? Trousseau, qui les avait observés, les attribuait à l'intensité de la fluxion intestinale et péritonéale autour des lésions prédominant au niveau de la fosse iliaque droite, au début de la fièvre typhoïde. J'insistais tout à l'heure sur la rapide disparition de ces accidents, sans qu'il en restât la moindre trace, dans les deux cas observés par moi. Cette évolu-

tion si rapide rend bien plausible, malgré son caractère hypothétique, l'opinion du célèbre clinicien. Il est infiniment probable qu'il s'agit là de ces phénomènes si peu connus encore dans leur essence et qu'on englobe sous le nom de péritonisme. — Il y aurait chez des sujets nerveux (j'ai dit que la petite malade de mon service est une nerveuse, fille d'une grande nerveuse), une impressionnabilité péritonéale exagérée au processus morbide qui s'élabore dans l'intimité de la paroi intestinale. En tout cas, la courte durée des accidents, leur disparition complète et sans retour dans le cours de la maladie, ne permettent guère de penser qu'il y ait lieu de rapprocher ces faits de ceux signalés par Courtois-Suffit, et dans lesquels les lésions de la fièvre typhoïde se localisent presque exclusivement sur le cæcum et donne lieu à une variété dite typhlite typhoïde. Il est possible que dans ces faits le tissu adénoïde de la muqueuse de l'appendice soit touché d'une façon prédominante, au même titre que celui de la muqueuse de l'iléon, siège principal des lésions typhiques. Mais faut-il admettre, en pareil cas, qu'il s'agit d'une appendicite typhique au début d'une fièvre typhoïde ?

Pour ma part, je ne le crois pas. Je sais bien qu'on a décrit une appendicite typhique, et que Deaver et d'autres observateurs ont signalé des cas d'appendicite perforante dans le cours de la fièvre typhoïde. Je n'ai, pour ma part, jamais observé de faits analogues ; mais il est très rationnel d'admettre, dans la fièvre typhoïde, des lésions éberthiennes de la muqueuse de l'appendice, comme de la muqueuse de l'iléon. Pourtant, rien n'est plus rare, comme le dit M. Dieulafoy, que de voir éclater une appendicite au cours d'une fièvre typhoïde, bien que l'entérite typhique ulcéreuse ait justement une prédilection marquée pour la région iléo-cæcale qui touche à l'appendice. Si l'appendicite typhique ne peut être niée, je la crois excessivement rare, et je ne peux lui attribuer les symptômes que j'ai décrits dans cette courte étude. Sans pouvoir donner une explication formelle d'accidents rares, et qui seront peut-être mieux connus plus tard, je m'appuie sur leur évolution, sur leur rapide disparition, pour considérer comme tout au moins plausible la pathogénie que j'ai admise. Pour la contrôler, il faudra pouvoir suivre, après la guérison de la fièvre typhoïde, les malades qui auront présenté ces accidents à son début, savoir ce qu'ils deviendront au point de vue intestinal, s'ils seront exposés ultérieurement à des poussées d'appendicite : toutes ces recherches demandent une observation prolongée, impossible sur les malades d'hôpital, mais très facile sur les malades de la ville que nous pouvons suivre pendant de longues années. C'est alors seulement qu'il sera possible de se prononcer en toute connaissance de cause.

Comment traiter ces accidents ? Les applications permanentes de glace sur le ventre, la diète hydrique pendant les quelques heures où les phénomènes d'intolérance gastro-intestinale sont très marqués. Je ne crois pas que l'opium en pareil cas soit utile. Je lui préfère la belladone, associée à l'eau chloroformée saturée, dans une potion, contenant, suivant l'âge du sujet, de dix à quarante grammes d'eau chloroformée saturée, et de vingt à trente gouttes de teinture de belladone.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

Réaction de Bareggi pour distinguer la tuberculose aigue de la fièvre typhoïde.

On recueille du doigt du patient dans un petit tube à réactif, vingt à trente gouttes de sang et on laisse reposer pendant vingt-quatre heures. Dans la fièvre typhoïde le caillot n'est pas rétracté et il ne se forme que peu de sérum ; dans la tuberculose il y a une rétraction prononcée du caillot qui s'éloigne des parois du tube et il y a abondance de sérum.

(*Gazzetta degli Ospitali.*)

CHIRURGIE

Du traitement du mal perforant par l'élongation des nerfs : bilan actuel de cette technique.

Par M. A. CHIPAULT.

Il y a plus de 7 ans que j'ai appliqué pour la première fois, et plus de 5 ans que j'ai publié un procédé de traitement des maux perforants graves basé sur la suractivité trophique des tissus que provoque l'élongation des nerfs plantaires. Depuis, j'ai à maintes reprises étudié cette technique. Ce que je désire aujourd'hui, c'est seulement en quelques mots, vous en exposer le bilan actuel.

Je rappelle tout d'abord que ma technique comprend deux temps :

1° Un temps d'élongation du nerf sur le territoire duquel se trouve le mal perforant : élongation qui doit se faire ni trop près ni trop loin de l'ulcère, de préférence sur les plantaires externe et interne, à la malléole, quelquefois, mais plus rarement, sur le plantaire interne seul, sur le collatéral interne du gros orteil, sur le saphène externe au bord du tendon d'Achille.

2° Un temps de nettoyage de l'ulcération trophique, avec ablation des os nécrosés, ablation des bords épidermisés, en un mot transformation de l'ulcère en une plaie ovale, propre, dont les bords peuvent être plus souvent qu'on ne croirait, réunis l'un à l'autre par des points de suture.

Actuellement 49 malades ont été traités par cette technique, 32 par moi-même, les autres par mes maîtres ou amis, le professeur Duplay, Gérard Marchant, Monod, Tuffier, J.-L. Faure, Mauclair, Finet, Vanverts, Soulier, etc. On peut donc en apprécier la valeur, sur un ensemble de faits vraiment imposant.

Je constate tout d'abord qu'aucun accident ou incident n'est venu, dans aucun cas, entraver le traitement : quatre ou cinq malades se sont plaints, pendant quelques jours, de douleurs le long du nerf élongé, et c'est tout.

Si, d'autre part, j'envisage ces 49 interventions au point de vue du résultat obtenu, je note :

1° Au point de vue du résultat primitif, 48 succès. Une seule fois, le mal perforant ne s'est pas réuni à la suite de l'élongation, 22 fois il s'est réuni par seconde intention, en une quinzaine, sous deux ou trois pansements, 25 fois il s'est réuni par première intention, en cinq ou six jours, sous un seul pansement ; on a eu qu'à enlever les fils, comme s'il s'était agi d'une plaie chirurgicale quelconque : les bords de l'ulcère s'étaient réunis.

2° Au point de vue du résultat définitif, 5 malades ont été suivis plus de 2 ans, 16 plus d'un an, 9 plus de 6 mois. Sur cet ensemble de 30 cas, relatifs presque tous à des indigents ou à des ouvriers de la classe la plus modeste et qui avaient repris leur existence misérable ou laborieuse, il n'a été constaté que 6 récidives.

En somme, sur 49 cas opérés, 48 succès primi, soit 98 p. 100 ; sur 30 cas suivis, 26 succès, soit 76 p. 100.

Je considère ces résultats comme absolument spéciaux à ma technique et impossibles à obtenir par quelque autre moyen que ce soit ; je tiens à vous exposer en quelques mots les motifs de ma conviction.

a) Tous les maux perforants traités, étaient des maux perforants où tout avait échoué. En particulier sur mes 32 opérés personnels, 17 étaient suivis par moi depuis des années, depuis 1888, époque où j'avais, dans le service de M. Théophile Auger, fait un premier travail clinique sur le mal perforant. De temps en temps ils allaient à l'hôpital se reposer une quinzaine, se faire cureter leur ulcère, voire amputer un orteil. Toujours ils en sortaient guéris, mais toujours aux premières fatigues, le mal récidivait.

C'est qu'il s'agissait chez eux, non de durillons ou d'énulcérations simples, mais d'ulcérations véritablement perforantes, avec

clapiers fétides, séquestres osseux, induration de tous les tissus voisins, de ces maux perforants en un mot, que l'on ne voit presque jamais dans les salles de médecine, mais seulement dans les salles de chirurgie, parce que c'est la lésion locale qui, au point de vue du malade tout au moins, domine son état morbide. Or, j'ai successivement élongé ces malades, quelques-uns depuis plusieurs années, je les revois de temps en temps ; tous, sauf un, sont maintenant, je crois, définitivement guéris ; c'est cette série, pour laquelle les conditions d'observations ont été exceptionnellement favorables, qui a surtout établi ma conviction relativement à la valeur du traitement que j'ai proposé.

b) Quelques-unes des observations publiées renferment du reste des détails véritablement probants. En voici une qui, par exemple, m'est personnelle, où l'élongation du plantaire interne guérit un mal perforant du gros orteil mais n'empêche pas l'apparition ultérieure, sous le petit orteil, d'un nouveau mal perforant que l'élongation du plantaire externe guérit à son tour.

En voici une autre, plus probante encore, de M. Tuffier, où le malade, porteur de maux perforants aux deux pieds, voit guérir ceux seulement du pied où est faite l'élongation, quoique ce fût le plus malade. En voici une enfin de Finet ayant véritablement la valeur d'une expérience : un malade est porteur de deux maux perforants, l'un sous le gros orteil, l'autre sous le petit ; le chirurgien nettoie et panse les deux ulcères, mais, par erreur, n'élonge que le plantaire interne ; le mal perforant du gros orteil guérit seul ; six mois plus tard il élonge le plantaire externe : le mal perforant du petit orteil guérit à son tour. De deux maux perforants dans les mêmes conditions de repos, de pansement et de désinfection, celui qui se trouvait sur le territoire du nerf élongé a été le seul à guérir ; je crois qu'il serait difficile de trouver rien de plus probant en faveur de la technique que j'ai proposée.

Je n'ai point parlé de la nature des maux perforants traités par l'élongation des nerfs plantaires : 17 étaient de cause centrale, tabétique, syringomyélique ou autre, 8 chez des alcooliques, 4 chez des diabétiques, 9 consécutifs à des gelures, 11 consécutifs à des lésions traumatiques : plaies infectées de la plante, durillons, arrachés ou forcés, devenus le point de départ d'une névrite périphérique ; je n'insiste pas, ayant l'intention de revenir, dans un prochain travail, sur l'étiologie du mal perforant à laquelle les maux perforants chirurgicaux graves apportent, je crois, un élément intéressant nouveau.

(Société de neurologie de Paris).

Valeur diagnostique et pronostic des adenopathies dans le cancer épithélial.

Par MM. SOUPAULT et LABBÉ.

(Société médicale des hôpitaux).

Cette adénopathie n'a de valeur que lorsqu'elle est de nature cancéreuse ; or, l'examen clinique ne permet pas, dans la majorité des cas, de préjuger de l'état anatomique des ganglions, et il est de toute nécessité, pour établir l'existence du cancer, de recourir à l'examen histologique.

Les adénopathies directes, en rapport immédiat avec l'organe atteint par le cancer, ne sont pas toujours de nature cancéreuse. Ce n'est que dans la moitié des cas environ que nous avons trouvé les ganglions correspondant à un territoire cancéreux, recueillis à l'autopsie ou au cours d'une opération, envahis par le néoplasme.

Dans les autres cas, l'hypertrophie des ganglions tient à une infection secondaire par les microbes banals puisés au niveau d'une tumeur ulcérée, à une infection par la tuberculose, dont le prétendu antagonisme avec le cancer n'existe pas, ou encore à un état de non activité fonctionnelle des ganglions qui s'observe souvent au début

du cancer et qui doit être rapproché de la leucocytose signalée dans cette affection.

Les adénopathies à distance ont été considérées comme un signe important pour le diagnostic du cancer. M. Troisier a insisté particulièrement sur les rapports de l'adénopathie sus-claviculaire avec les cancers des organes sous-diaphragmatiques. Mais, outre que cette adénopathie peut survenir en dehors des cancers abdominaux dans toutes les affections gastro-intestinales et dans la tuberculose, elle ne se présente au cours du cancer que comme une complication très rare (une fois sur 80 cas) ; même alors elle est loin d'être toujours cancéreuse et peut relever de causes multiples.

Ainsi l'adénopathie sus-claviculaire, qui constitue une complication très rare des cancers de l'abdomen, et dont la nature cancéreuse ne peut être établie que par l'histologie, n'a qu'une valeur clinique modérée.

L'adénopathie inguinale a été aussi indiquée par MM. Jaccoud et Belin comme un signe de cancer abdominal. L'étude histologique nous amène à lui dénier toute valeur diagnostique. En effet, il est absolument impossible cliniquement, en s'appuyant sur le volume ou la consistance, de reconnaître la nature cancéreuse des ganglions de l'aîne. En effet, ces ganglions qui ont subi au cours de l'existence de nombreuses irritations, sont généralement chez l'adulte fortement sclérosés et hypertrophiés.

Dans neuf cas de cancer abdominal, huit fois suivis d'autopsie, nous avons trouvés les ganglions inguinaux indemnes ; une fois seulement envahis par le cancer ; or, dans ce cas, le ganglion se trouvait précisément très petit, et n'était pas perceptible à la palpation pendant la vie.

En résumé, les adénopathies dans le cancer épithélial n'ont de valeur diagnostique que si leur nature cancéreuse a été prouvée par l'examen histologique.

M. NETTER trouve que M. Soupault est trop sévère pour le ganglion sus-claviculaire. C'est ainsi que dans un cas difficile, où le diagnostic de cancer de l'estomac n'a été fait que grâce à la radiographie, huit jours après l'apparition du ganglion de Troisier venait confirmer cette opinion.

M. TROISIER n'a jamais prétendu, comme on le lui fait dire, que l'engorgement du ganglion sus-claviculaire était synonyme de cancer de l'estomac. Il a simplement affirmé que lorsqu'on soupçonne un cancer abdominal, si on voit apparaître le ganglion sus-claviculaire, c'est un signe de l'existence de la néoplasie.

(France méd.)

De la ligature de la veine dorsale du penis dans l'impuissance fonctionnelle.

Par le docteur WILEY BROOME.

Le docteur rapporte sept cas d'opérations dont une personnelle et les autres recueillies dans la littérature médicale ; tous, à part un auraient été guéris.

L'opération est très simple, se fait à la cocaïne, n'est nullement dangereuse et les résultats sont brillants. (Medical Review.)

OBSTÉTRIQUE

Du séjour au lit des accouchées.

Par le Dr. L.-J. AUDEBERT.

Combien de temps faut-il laisser les femmes au lit après l'accouchement ? Telle est la question qui se pose aujourd'hui, question intéressante non seulement par son évidente actualité, mais surtout à cause de la nécessité où se trouvent journellement les accoucheurs de profession et les praticiens d'avoir une opinion ferme sur ce sujet, à la fois si rebattu et si contesté.

Si l'on ouvre les classiques, on voit qu'à l'exception de Nœgelé et Grenser, pour lesquels un repos de huit jours est suffisant, tous recommandent un séjour au lit d'une certaine durée, qui est de 15 à 20 jours pour Tarnier et Chautreuil, de 3 semaines pour Charpentier, de 18 à 25 jours pour Ribemont Dessaigne et Lepage. Ces chiffres, qui ne représentent qu'un minimum, ont été calculés par les auteurs sus-nommés d'après l'évolution des phénomènes physiologiques des suites de couches : retrait de l'utérus, écoulement de lochies, etc. La tendance de presque tous les accoucheurs pendant ces dernières années était donc d'imposer aux accouchées un séjour au lit variant de 15 jours à 4 semaines.

Le professeur Otto Küstner, de Breslau, signala le premier en 1898 les bons effets du lever précoce. Les femmes qui s'étaient levées de bonne heure, même dès le second jour, ont eu de meilleures suites de couches que celles qui s'étaient levées plus tard. Elles n'ont pas présenté les vertiges et les lypothimies qui sont de règle chez les accouchées ordinaires. "Elles donnaient l'impression d'un rétablissement plus complet." Les évacuations intestinales étaient plus régulières, enfin l'involution utérine s'était faite dans des conditions normales, sans que l'on n'ait jamais constaté de rétroflexion ni de prolapsus.

S'appuyant sur les excellents résultats de la mobilisation et du massage dans les fractures et dans les affections articulaires, M. Desplats, de Lille, considère que contrairement à l'opinion commune, le repos tel qu'on l'observe aujourd'hui prédispose à l'infection, qu'il retarde l'involution et que par là il favorise les déplacements et nuit à l'avenir génital de la femme. Pour lui "le traumatisme n'est rien, l'infection est tout." La station verticale des femmes aurait de plus l'avantage d'amener, sous l'action de la pesanteur, l'évacuation de l'utérus et du vagin par une sorte de drainage naturel. Les mouvements précoces et les changements de position ne produisent pas de déplacements fâcheux. Ils favorisent de plus le rétablissement des fonctions de l'intestin, et en régularisant la circulation et la nutrition permettent aux mères d'allaiter plus aisément leur enfant.

Dans la discussion qui suit la communication de M. Desplats, M. Eustache dit que s'il n'est pas bon d'ordonner un repos sévère, il n'est pas prudent d'admettre un lever précoce, qui ne procure aucun avantage réel, mais qui amène des accidents soit immédiats, soit retardés. M. Delassus craint qu'en permettant un lever trop hâtif, "on ne provoque des mouvements intempestifs capables de supprimer, d'entraver, le travail de réparation, de protection, qui se produit dans ces régions (pelviennes)." Pour lui, l'accouchée peut s'asseoir dans son lit dès le 2^e jour ; on la portera sur une chaise-longue vers le 6^e jour, et elle pourra commencer à marcher au 10^e ou au 12^e.

M. Fochier condamne le repos prolongé et pense que 4 ou 5 jours de lit sont ordinairement suffisants.

Enfin, tout récemment, le Dr. Monin, étudiant cette intéressante question, conclut en disant qu'une règle fixe est impossible, et que là comme ailleurs, "il n'y a pas de maladies, il y a des malades."

Il me semble qu'il faut d'abord poser en principe que toutes les femmes dont la grossesse, l'accouchement, les suites de couches ont présenté un caractère anormal, doivent être condamnées à un repos plus long. Qu'il s'agisse d'une cardiaque, d'une femme atteinte d'une déchirure du périnée ou ayant subi une sérieuse opération obstétricale, d'une accouchée menacée d'infection, il est hors de doute que le lever précoce est plein de danger pour elles, et qu'on devra suivre ici les anciens errements. Dans le même ordre d'idées, la rétention des membranes, la mort du fœtus *in utero*, etc., sont une contre-indication formelle du lever hâtif. La discussion, à mon avis, ne peut porter que sur les femmes chez lesquelles aucun accident n'est survenu pendant la puerpéralité.

Voyons donc quels avantages ces femmes peuvent retirer du lever précipité ; nous passerons ensuite en revue les inconvénients qui peuvent résulter pour elle de cette pratique.

Elles sont moins exposées, a-t-on dit, aux lypothimies, aux vertiges. En admettant que cette proposition soit exacte (?), est-ce là un progrès bien considérable et qui doit peser beaucoup sur la détermination des accoucheurs ? D'ailleurs, on pourra facilement éviter ces légers malaises en permettant à l'accouchée de s'asseoir dans son lit quelques jours avant de se lever.

Le lever précoce a la plus heureuse influence sur les fonctions intestinales ; c'est là un argument sérieux, car nous savons que le coli-bacille peut être souvent un agent d'infection ; mais les évacuations alvines, si nécessaires, peuvent être sollicitées par d'autres moyens moins hasardeux ; j'en appelle à Egusier et à ses nombreux adeptes.

Le drainage de l'utérus est, assure M. Desplats, facilité par la station verticale. "Quand la femme est couchée, ajoute-t-il, rien ne sort de l'utérus, les sécrétions stagnent et s'accumulent, et ce n'est que lorsque le récipient est plein qu'elles sortent par regorgement." Le lever aurait, dans ce cas, les mêmes effets qu'une irrigation intra-utérine, sans en offrir les dangers. Cette objection me paraît surtout théorique, l'action de la pesanteur sur l'écoulement des sécrétions utérines n'est rien moins que démontrée, et, pour ma part, j'ai constaté chez mes accouchées que la stagnation des lochies était évitée grâce à l'antéversion physiologique qui existe presque toujours après l'accouchement à terme. Cette rétention lochiale ne s'observe que lorsque l'utérus, peu volumineux, peut basculer en arrière et se placer en rétroflexion, après un avortement de 3 ou 4 mois par exemple, ou quand il existe une latéro-flexion très accentuée. Mais le volume de l'utérus après l'accouchement à terme ne permet pas cette rétro-déviations, cette incarceration au-dessous du détroit supérieur et, dans la pluralité des cas, l'évacuation des liquides de l'utérus et du vagin se fait sans entraves.

D'après Küstner, les femmes levées de bonne heure donnent l'impression d'un rétablissement plus complet que celles qui n'ont quitté le lit que 1 ou 2 jours avant la sortie de l'hôpital. J'avoue que ce prétendu avantage me touche peu. Qu'entend-on par "impression d'un rétablissement plus complet ?" Ce n'est pas une "impression" qu'il faudrait ressentir, mais c'est la réalité de la guérison qu'il faudrait constater. Qu'une accouchée montre "des roses au visage" et se tienne debout avec une apparente solidité, cela fera évidemment plaisir à l'accoucheur, mais il sera bien plus satisfait s'il a la preuve certaine que l'involution utérine est achevée, que la situation de l'utérus est normale, etc.

Ces mêmes femmes, nous dit-on, sont meilleures nourrices ; pour tous ceux qui, à l'exemple de M. Pinard, pensent que "le lait de la mère appartient à l'enfant", cet argument est plus convaincant et prête à de sérieuses réflexions. Mais sans vouloir discuter les faits sur lesquels on s'appuie pour énoncer cette affirmation, remarquons seulement que le séjour au lit pendant 10 à 15 jours n'a jamais empêché une femme d'allaiter ; c'est là une constatation banale, et qui enlève à cet argument la majeure partie de sa valeur.

Si les avantages du lever précoce me paraissent douteux et hypothétiques, le danger qu'il fait courir aux accouchées sont, à mon sens, multiples et trop certains.

Il n'est pas contestable, par exemple, que les mouvements brusques causés par la marche peuvent détacher un caillot oblitérant un vaisseau utérin et provoquer ainsi une hémorragie, surtout dans les premiers jours qui suivent l'accouchement.

Eustache fait observer avec juste raison qu'un "bon nombre de maladies s'arrêtent et se guérissent par la reprise du repos au lit." Pour ma part, je ne saurais assez insister sur l'importance clinique de cette remarque dont j'ai pu vérifier bien souvent la vérité soit en ville, soit à l'hôpital. Que de fois, étant chef de clinique,

ai-je vu des femmes ayant quitté la Maternité le 3e ou le 4e jour après leur accouchement, en dépit de mes remontrances, que de fois les ai-je vues revenir à la consultation peu de temps après, avec des hémorragies souvent fort graves. On leur conseillait seulement le repos, et 8 jours après tout rentrait dans l'ordre. Et si ces femmes s'obstinaient, par besoin ou par imprudence, à reprendre les habitudes ordinaires de leur vie laborieuse, 1 mois après nous constatons une endométrite confirmée avec, souvent, des accidents périmétriques. Tous les gynécologues, tous les médecins, ont été témoins de faits semblables.

Aussi ne puis-je me rallier complètement à l'axiome de M. Desplats : "Le traumatisme n'est rien, l'infection est tout." Bien souvent, au contraire, l'infection n'intervient que secondairement ; c'est le traumatisme, ou mieux le mouvement, la fatigue qui ont ouvert la voie, préparé le terrain à l'infection, et nous en trouvons une preuve évidente dans ce fait que presque toujours les femmes qui présentent des accidents métriques ou paramétriques, 1 ou 2 mois après leur accouchement, ont quitté l'hôpital sans avoir présenté la moindre élévation thermométrique, la plus légère fétidité des lochies, le symptôme le plus atténué de l'infection utérine. L'importance de la prédisposition de terrain dans l'évolution des maladies microbiennes est trop connue pour qu'il soit utile d'insister davantage. Placez les accouchées dans des conditions telles qu'elles puissent lutter contre l'invasion et la pullulation des micro-organismes venus du vagin ou de l'extérieur, et vous ferez de l'antisepsie sans antiseptiques ou mieux de la prophylaxie anti-microbienne. Or la meilleure de ces conditions est évidemment le repos.

D'ailleurs, il est des cas pathologiques dans lesquels ce facteur étiologique, l'infection, fait complètement défaut ; dans un certain nombre de prolapsus utérins qui reconnaissent une origine pour ainsi dire mécanique, on ne peut songer à incriminer les accidents infectieux. C'est donc seul le traumatisme qui est en cause. Aussi, tout en proclamant que la théorie de l'infection domine toute la pathologie des suites de couches, il me paraît impossible de nier l'influence pernicieuse que peut exercer la mobilisation précoce des accouchées sur l'apparition des phénomènes d'infection ou de ptose utérine.

En effet, quoi qu'on en dise, le lever hâtif expose aux ptoses viscérales. Considérez combien les prolapsus sont plus fréquents chez les campagnardes et les femmes du peuple que chez les femmes du monde. Les premières ont l'habitude de se lever dès le lendemain de leur accouchement et de vaquer à leurs occupations ordinaires ; les autres, au contraire, gardent un repos peut-être trop long ; il ne faut pas chercher d'autres raisons à cette différence de fréquence suivant la classe sociale. Doléris, tout récemment, attirait l'attention sur l'une des causes les plus fréquentes de l'éventration consécutive à la grossesse ; c'est, d'après lui, l'insuffisance de temps pendant lequel la femme a gardé le lit après l'accouchement. Aussi conseille-t-il le repos horizontal prolongé chez les accouchées atteintes d'éventration.

(à suivre)

GYNECOLOGIE

Apoplexie de l'utérus.

Par C. VON KAHLDEN.

Cruveilhier a le premier donné la description d'une altération de l'utérus, connue depuis sous le nom "d'apoplexie ou hémorragie spontanée avec déchirure du tissu de l'utérus." D'après ce médecin, il s'agit d'une affection très fréquente chez les vieilles femmes de la Salpêtrière, consistant essentiellement en une véritable apo-

plexie de l'utérus qui est complètement infiltré de sang. De plus, Cruveilhier distingue deux degrés dans cette affection : au premier stade, la muqueuse seule, ou à peu près, est atteinte ; au second, au contraire, le processus envahit une portion notable du tissu utérin proprement dit ; dans ce dernier cas, le corps de l'utérus est toujours sensiblement augmenté de volume ; et, fréquemment, on observe en même temps des polypes muqueux ou une oblitération du col ; le col ne participe pas au processus en question.

Pendant la vie, des altérations de l'utérus peuvent parfois être la source d'hémorragies, qui, cependant, ne sont jamais assez abondantes pour constituer un danger.

Rokitansky, dans son *Traité*, s'est également occupé de cette affection.

D'après cet auteur, c'est le fond de l'utérus qui surtout est atteint.

Klob a eu l'occasion d'observer quelques cas de cette apoplexie de l'utérus. L'utérus est manifestement en voie d'atrophie ; il est ramolli et sur la tranche font saillie des artères rigides. La muqueuse est rouge foncé et forme une masse empâtée de sang coagulé. Fréquemment, la cavité est remplie de petits caillots sanguins ; parfois même on peut constater un certain degré d'hydrométrie. Enfin, la muqueuse du col reste indemne.

Dietrich confirme cette description dans deux cas qui lui sont personnels. Dans les observations de ce dernier, il s'agit de deux vieilles femmes âgées de 65 et 68 ans, mortes de pneumonie croupale.

Les auteurs des traités classiques sont sobres de détails. Birch-Hirschfeld se borne à remarquer que les hémorragies dans le parenchyme utérin, en dehors des cas imputables à des traumatismes, sont extrêmement rares. Orth ne fait guère que citer Cruveilhier ; il en est de même de Rokitansky qui note, en outre, après guérison la présence au sein du parenchyme utérin de masses rouge foncé, poreuses.

Fehling ne parle que des hémorragies des époques climatiques et ne donne aucun renseignement sur celles de la vieillesse. Fritsch néglige également les affections qui nous occupent ; mais en revanche insiste sur la valeur symptomatique des hémorragies au point de vue du cancer.

Hofmeier remarque que la prolongation de la menstruation au delà de la cinquantième année est presque toujours liée à des altérations de l'utérus ; parmi ces dernières, il indique comme causes : le cancer du col, l'inflammation du tissu utérin, l'inversion, le myome, le polype, le sarcome.

Martin parle de femmes âgées, atteintes de métrorragies incoercibles, chez lesquelles il a pratiqué l'hystérectomie.

Winckel se refuse — à l'encontre de la plupart des auteurs — à distinguer une ménorragie d'une métrorragie ; il énumère toute une série de causes pour la production des hémorragies utérines : néoplasmes et lésions inflammatoires de l'utérus, affections hépatiques et rénales, dégénérescence de la rate, hyperhémie chronique de la muqueuse intertineale, troubles cardiaques, maladies des poumons, maladie de Werlhof, etc.

Veit, enfin, semble totalement ignorer le mémoire de Cruveilhier. Dans ces conditions, le mémoire du professeur C. von Kahliden, rapportant huit observations, vient combler cette lacune importante.

Au point de vue anatomo-pathologique, les huit cas étudiés par C. von Kahliden présentent de grandes analogies. Dans tous, il s'agit d'une infiltration hémorragique, plus ou moins accusée de la muqueuse utérine.

Au point de vue du volume, l'utérus peut être :

- a) — normal ;
- b) — diminué ;
- c) — augmenté.

En général, l'hémorragie s'étend à tout le corps ; en revanche, la muqueuse cervicale est toujours parfaitement pâle. Dans la majorité des cas, on ne trouve pas dans la cavité utérine de grandes quantités de sang coagulé.

Au microscope, on constate que l'infiltration hémorragique s'étend à la presque totalité du tissu utérin, à l'exception de quelques îlots de muqueuse qui échappent à ce processus.

À côté de ces infarctus, il convient de signaler des altérations profondes des vaisseaux : les parois de la plupart des artères sont démesurément épaissies et par place calcifiées ; en même temps, la lumière se rétrécit. À la coupe, on a des figures en forme de secteur ou de croissant par suite de l'épaississement inégal des parois vasculaires.

Quant à la cause des hémorragies, assurément on ne peut incriminer la rupture des vaisseaux, car l'examen microscopique ne permet pas de constater rien de semblable ; il semble plus rationnel d'admettre que ces altérations sont en rapport avec le rétrécissement ou même l'altération des artères, ainsi qu'à la dilatation et à la pléthore des veines ; peut-être, faut-il aussi mettre en cause des courants sanguins rétrogrades ?

(La Semaine gynécologique.)

THERAPEUTIQUE

L'iodure de potassium et l'actinomyose.

On a vu, dans un certain nombre de cas d'actinomyose, l'iodure de potassium donner des effets thérapeutiques si nets et si rapides que l'on a voulu y voir une médication spécifique. Cette action favorable n'est malheureusement pas constante, ainsi que le rapporte le *Bulletin médical* au sujet d'un travail de M. Prutz. Cet auteur, à la suite d'expériences sur les animaux, est arrivé à montrer que :

L'iodure de potassium n'a par lui-même aucune valeur pour le diagnostic de l'actinomyose. Il ne peut pas rendre inutile l'intervention chirurgicale, mais il peut la limiter. Il peut réparer un foyer actinomycosique, de telle façon qu'une intervention relativement légère puisse suffire au lieu et place d'une opération grave, et il peut rendre opérable certains cas d'actinomyose abdominale qui ne l'eusse pas été sans cela.

Les heureux effets de l'iodure de potassium ne se manifestent pas d'une façon absolument constante, mais ils s'observent dans la majorité des cas, ce qui suffit à ériger en principe la médication iodurée dans tous les cas d'actinomyose.

Traitement de la pleurésie par les applications locales de gaïacol.

Prozorowski a traité onze cas d'épanchement pleural par l'application locale de gaïacol sur la peau du côté affecté et a trouvé que l'absorption du liquide épanché se faisait plus rapidement que par les autres méthodes. Il n'a jamais eu à constater d'inconvénients dans ce mode de traitement. Il répète, en général, les applications de cinq à sept fois, après lesquelles on peut constater un abaissement de la température qui varie de 1 à 5 degrés Fahrenheit. La température remonte quelques heures après. L'auteur s'explique l'effet obtenu par le gaïacol : 1° par l'excitation qu'il exerce sur les terminaisons des nerfs qui produisent un effet appréciable sur les centres vaso-moteurs ; 2° le gaïacol, étant absorbé par les tissus, détruit les agents nocifs élaborés par la pleurésie.

(Gazette des hôpitaux).

REVUE PROFESSIONNELLE

PROTESTATION.

Monsieur le Directeur,

Je viens de relire dans *La Revue médicale* la lettre deuxième du Dr. Desplin, reproduite de *La Presse*, suivie d'une autre que l'on pourrait appeler lettre troisième du Dr. Desplin, signée Amicus.

Une première du même auteur avait été écrite, il y a six mois et resta sans réponse ; cette nouvelle attaque que l'on trouve "très-juste et très polie" (Amicus) méritera-t-elle une réponse officielle de la Faculté, je l'ignore, mais je l'espère. En attendant, je crois qu'il est du devoir de tout professeur d'enregistrer son protêt personnel contre ces deux articles que vous avez acceptés et qui sont cependant d'une "courtoisie" plus que douteuse, j'enregistre le mien sans hésitation.

Je proteste énergiquement contre ces deux articles parce qu'ils sont faux dans leur sens général ; ce sens général est que l'Ecole de Médecine marche à reculons ; cela est faux.

J'appuie de suite mon affirmation sur la phrase suivante du Dr. Desplin : " Depuis vingt-cinq ans, l'Ecole de Médecine n'a été qu'une cause de division entre les membres de la profession, et de retard au progrès de l'enseignement. "

Quand on retarde, on n'avance pas et quand on n'avance pas, on recule. Je suis donc parfaitement dans le vrai, mon appréciation est parfaitement juste, lorsque je dis que l'accusation portée est odieuse — l'Ecole de Médecine marche à reculons — et qu'une protestation immédiate s'impose : c'est comme un gant jeté, auquel on répond par un soufflet, dans le monde.

Je me considère comme le dernier des membres de la Faculté, n'ayant occupé pendant longtemps qu'une chaire secondaire, et je suis d'autant plus à l'aise que sans l'autorisation de mes distingués collègues, je proteste plus en leur nom qu'au mien.

Oui, l'accusation portée est odieuse et un *tolle* général devrait être la réponse méritée.

Quel est le médecin de bonne foi et au courant des faits, faisant un tableau comparatif entre l'enseignement théorique et clinique du jour, et celui de il y a vingt cinq ans ; entre le mode des examens des deux époques et leur croissante sévérité, qui n'admettra pas les réformes merveilleuses accomplies dans l'intérêt de la profession et de la société, réformes qui doivent rendre non seulement la Faculté, mais aussi la nationalité Canadienne-Française orgueilleuse du progrès réalisé.

Parce que nous n'avons pas rapidement — ce que je nie, — parce que les produits étincelants des millions donnés ne brillent pas partout chez nous, comme à l'université McGill — devrais je dire avec raison, on insinue l'infériorité ! Jetez donc de la boue à la face du peuple Canadien-Français tout entier, parce qu'il a moins d'écus que les Anglais et l'injure ne serait pas plus grossière !

L'histoire de la Faculté de Médecine est l'histoire de notre peuple.

Laissée à ses propres ressources, sans aide, persécutée par les siens, elle s'est maintenue, elle s'est grandie, grâce au dévouement incessant, au désintéressement infatigable, si souvent mis en doute de ses professeurs. — Les professeurs ont enseigné pendant dix ans — *in formâ pauperis* — depuis quelques années seulement ils reçoivent la somme insignifiante de six cents dollars par année ; chaque année, ils ont pris et continuent à prendre sur leurs émoluments l'argent nécessaire aux besoins de l'enseignement — quels avares, quels cupides, n'est-ce pas ? et c'est sur cette conduite digne d'admiration et d'éloges, que l'on jette de l'odieux, puisque Desplin se permet de

dire : " Si l'on veut arriver à des réformes réelles, il est de toute nécessité que l'Ecole cesse d'être une coterie, que l'esprit mercantile et le despotisme existant actuellement disparaissent. "

Desplin se sert ici du mot despotisme, ailleurs, il emploie l'expression népotisme : " D'aucuns se plaignent, cependant, que la justice et l'intérêt de l'enseignement soient sacrifiés à la faveur et au népotisme, dans le choix de ceux qui sont les recrues futures du professorat. "

Ces recrues futures, ce sont les agrégés, n'est-ce pas ? Quels sont-ils ? MM. les docteurs Brennan, Hervieux, Villeneuve, de Cotret, Mercier, Pariseau, Marien, Benoit, Delorme, Fortier, Moreau, Rivet ; les uns admis agrégés par concours avec la plus grande distinction, les autres nommés sans concours mais également réconnus comme très distingués par leurs talents, leurs connaissances acquises, et leur aptitude à l'enseignement.

Népotisme ! à cause qu'il y en a un seul sur ce grand nombre qui a le malheur d'être le neveu de son oncle qui est professeur ; est-ce que ce lien de parenté doit le priver d'avoir la récompense due à un travail constant qui conduit toujours à un mérite réel.

Pas une des insinuations ou des accusations frondeuses de Desplin, ne saurait tenir debout devant une analyse impartiale des faits !

Ah oui ! il en est une :

" Lorsque, pour des raisons d'âge ou autres, un professeur abandonne l'enseignement, est-il juste que l'agrégé qui lui succède donne le cours sans être payé, tandis que celui-là continue à recevoir les émoluments à cette chaire. "

C'est vrai. Mais est-ce injuste, est-ce nuisible à l'enseignement ? Ni l'un ni l'autre. Ce n'est pas une injustice commise, puisque la charge est acceptée volontairement par l'agrégé, qui ne fait pas autre chose que ce qu'a fait son prédécesseur, qui lui aussi a été longtemps à enseigner sans autre revenu que l'honneur ; au lieu d'être une injustice, c'est plutôt une juste rétribution tardive mais bien méritée à un travail pendant longtemps non payé, pendant plus longtemps bien insuffisamment payé.

Ce n'est pas nuisible à l'enseignement, puisque dans la plupart des cas, c'est pour en assurer davantage la régularité sinon la valeur.

Que dire des conclusions de ces deux lettres ? La première demande une législation, la deuxième des législateurs ; une législation " des lois qui dominent les professeurs et les empêchent de commettre des fautes, " (Dr. Desplin) des législateurs, " un comité d'enseignement permanent formé de médecins compétents en la matière, qui devrait s'occuper sérieusement de l'étude du remaniement de l'ensemble et de chacun des cours, " (Amicus). Des lois ! nous en avons ; le Collège des Médecins est chargé de cette manufacture ; des législateurs ! comment l'idée que les hommes du métier, les professeurs de longue expérience sont moins compétents en " la matière, " peut-elle germer dans un cerveau !

J'arrête ici ces quelques explications nécessaires dans lesquelles le sujet m'a entraîné naturellement ; tout cela ne devra pas être considéré comme un plaidoyer qui se fera, je l'espère, encore une fois, ce n'est qu'un protêt écrit à la hâte que je veux, monsieur le directeur, enregistrer de suite dans votre journal.

Tous les ans les lecteurs de l'université McGill chantent leur Alma Mater, tous les jours ses membres chantent le même refrain, pourquoi ne pas faire comme eux ; nous aurions l'union nécessaire au progrès rapide. Pourquoi ne pas se souvenir que c'est un piètre rôle que de salir son nid.

Je termine, Monsieur le Directeur par où Desplin a commencé : " Depuis que la Faculté s'est adressée au public pour la formation de ses chaires, celui-ci a bien le droit de se préoccuper de ses actes d'intérêt général. "

Cela est faux. La Faculté ne s'est jamais adressée au public ;

quelques membres de la profession seulement ont fait la chose et la Faculté leur a donné un appui généreux. Desplin pourra donc se construire, dans sa prochaine lettre, des prémisses plus solides, pour donner libre cours à des sentiments qui me paraissent être plus d'intérêt privé que d'intérêt public.

Bien à vous,
SÉVÉRIN LACHAPPELLE.

LA FACULTE DE MEDECINE ET LES AGREGES.

Monsieur le rédacteur,

Je demande hospitalité dans votre excellente revue pour quelques instants. Je n'ai pas l'intention de répondre aux lettres sur l'enseignement à la Faculté de médecine publiées dans le numéro 10 de votre journal ; mais je me demande à quoi, ces mécontents — car ce sont des mécontents, des envieux — en veulent venir avec leurs jérémiades déplacées. Est-ce en agissant ainsi qu'ils espèrent arriver à la Faculté ou faire arriver les leurs ? N'aurait-il pas mieux valu s'adresser directement à la Faculté ? Nous croyons que oui, certainement ; ce n'est pas en calomniant la Faculté, en la dépréciant aux yeux du public qu'ils arriveront à rectifier certaines choses, s'il y a quelque chose à rectifier, et c'est à prouver. Cette question est trop difficile pour être traitée par des gens qui probablement ne sont que les porte-voix pour la répercussion des murmures irréfléchis qu'ils entendent autour d'eux.

Nous connaissons trop les peines que les professeurs se sont données, les privations qu'ils se sont imposées depuis de longues années, pour ne pas savoir qu'ils veulent l'avancement de la science et de l'Université. Quels sacrifices de temps et d'argent ne font-ils pas encore aujourd'hui ! Ils ont travaillé des années pour rien, ce serait bien le moins qu'ils retirassent maintenant un salaire raisonnable ; mais il est encore bien minime, si l'on considère le dévouement dont ils ont fait preuve et les services qu'ils rendent à l'enseignement médical. Et c'est tout naturel, que le professeur qui est retiré reçoive encore son salaire ; puisqu'il a travaillé bien des années sans émoluments ce n'est que juste que l'on continue à lui rembourser en partie, lorsque l'âge ne lui permet plus de continuer son service actif, ce auquel il avait déjà droit depuis longtemps.

Et quelle impatience ces mécontents manifestent pour arriver ! Heureusement que la Faculté connaît ses agrégés et sait apprécier à leur valeur les services qu'ils rendent. D'ailleurs ils sont tous payés une certaine somme pour leur enseignement et ce n'est pas dans toutes les universités que les agrégés le sont. Qu'ils fassent comme leurs devanciers, les professeurs, ont fait. Il y a de ces gens que l'on ne peut jamais satisfaire, il y en a peut-être parmi les titulaires, et la Faculté fait bien de réfléchir avant d'en faire entrer d'autres. Il me semble qu'il y a un certain honneur pour un jeune médecin d'être agrégé ou chargé de cours à l'Université. Ça lui donne du relief parmi ses confrères. C'est déjà beaucoup. Et le fait d'être attaché à un hôpital sous l'égide de la Faculté lui donne sa clientèle, et c'est encore beaucoup. Que les agrégés fassent leur devoir et la Faculté les fera arriver en temps et lieu ; le temps de l'épreuve paraît long, mais il a souvent sa raison d'être, encore plus maintenant qu'autrefois. Les agrégés feraient peut-être mieux de se faire un sérieux examen de conscience. Sont-ils des modèles en tout ? Donnent-ils un enseignement ultra-supérieur ? Sont-ils réguliers dans leur service ? Nous ne croyons pas que leurs maîtres qui sont dans l'enseignement depuis tant d'années aient besoin de se faire faire la leçon par eux ou par d'autres. Ils connaissent les besoins de la Faculté et ils y pourvoient de leur mieux, et à eux seule appartient le droit de nommer, comme ils le jugeront mieux, les agrégés ou autres attachés à la Faculté. Eux seuls connaissent les aptitudes de ces subalternes et peuvent entrevoir les services

qu'ils rendront à l'Université plus tard ou les déboires qu'ils lui causeront.

Depuis longtemps l'Université travaille énergiquement à améliorer son enseignement par tous les moyens possibles ; que ne l'aide-t-on dans ses efforts plutôt que de déblatérer contre elle sur des choses que l'on s'imagine connaître, mais que l'on répète sur oui-dire.

C'est un grand malheur de voir un mouvement comme le présent se faire parmi les jeunes médecins surtout ; leur manque de réflexion causera certainement des ennuis à ceux qui les ont formés et pourra nuire notablement à l'Université comme ensemble, surtout parmi une certaine classe de gens. Ils manquent grandement de respect envers des hommes qui se sont tant dévoués pour la cause universitaire, pour l'enseignement médical canadien-français.

Ils font du tort aussi à ceux qu'ils désireraient peut-être voir arriver, mais que la prudence et la reconnaissance font faire leur devoir ; car la Faculté, voyant ce mécontentement injuste sera encore plus sévère dans son choix.

Cessez ces dissensions malheureuses ; aidez notre université de vos jeunes et vigoureuses intelligences et elle vous sera reconnaissante.

Monsieur le rédacteur, permettez-moi de vous remercier de votre bienveillant accueil. Je suis heureux, et je crois que tous vos lecteurs le seront, de voir qu'en ouvrant vos colonnes à ces correspondances, vous aurez rendu un immense service ; car vous amenez les discussions dans un journal de médecine indépendant et vous les soutenez à la presse publique. *Let us wash our dirty clothes together.*

Merci.

JUSTICE.

Montréal, 23 septembre 1899.

FORMULAIRE

CONGESTION PELVIENNE.

Sulfate de magnésie.....	7½ drackmes.
Sulfate de fer.....	2 —
Sulfate de manganèse.....	2 —
Acide sulfurique dil.....	45 minimes.
Eau distillée.....	4 onces.

Dose : Une cuillerée à soupe dans un verre à vin d'eau, avant le déjeuner.

(*Reforma medica.*)

DÉMANGEAISON DE L'ECZÉMA SEC OU DU PRURIGO. — De Bæcker.

Talc.....	10 drachmes.
Amidon.....	10 —
Glycérine.....	5 —
Eau blanche (E. de Goulard).....	25 —

Avant de s'en servir, cette solution sera diminuée de moitié d'eau.

(*J. de méd. de Paris.*)

NOUVELLE.

NAISSANCE. — En cette ville, le 19 courant, la dame de M. J.-E.-W.-Lecours, pharmacien, un fils.

L'administration. — Nous rappelons à nos abonnés que *La Revue médicale* n'est pas une institution financière, donc nous serons très heureux de recevoir ce qui nous est légitimement dû. Avis à qui de droit.

SOMMAIRE

REVUE DES JOURNAUX

	PAGES
MÉDECINE : Diagnostic entre le pyopneumothorax sus-phrénique et le pyopneumothorax sous-phrénique, par Sidney Short. — Un cas d'hémophilie ; succès de l'injection de gélatine, par Rodolphe Heymann (de Leipzig).....	97
CHIRURGIE : Traitement du goitre ophthalmique par les injections d'éther iodé dans le parenchyme du corps thyroïde, par M. Pitres (de Bordeaux). — Sur l'anesthésie généralisée au chlorure d'éthyle, par le docteur J. Wiesner.....	98
GYNÉCOLOGIE : La tumeur vésiculaire tumeur maligne, par M. Menu (thèse de Paris).....	98
OBSTÉTRIQUE : Du séjour au lit des accouchées, par le Dr. L.-J. Audebert (suite). — De la peptonurie dans la grossesse, par MM. Mercier et Menu.....	99
PÉDIATRIE : Du diagnostic précoce de la rougeole, par le docteur Casal. — Fracture de la rotule chez l'enfant. — La lithiase rénale chez le jeune enfant.....	100
THERAPEUTIQUE : Transfusion de solutions de saccharate de soude. — Le traitement d'ulcères variqueux par la teinture d'aloès, par le docteur Goffin (de Paris). 101	101
DERMATOLOGIE : Traitement des alopecies consécutives aux états morbides généraux.....	102
MALADIES NERVEUSES : Sur un cas de coxalgie hystérique, par Lannois.....	103
QUESTIONS ET REPONSES.....	103
FORMULAIRE.....	104
NOUVELLE.....	104

Revue des journaux

MÉDECINE

Diagnostic entre le pyopneumothorax sus-phrénique et le pyopneumothorax sous-phrénique.

Par SIDNEY SHORT (in *Birmingham Med. Rev.*)

Enumérant les principaux signes distinctifs de ces deux états pathologiques, l'auteur appelle l'attention sur la valeur des commémoratifs, sur le mode de début, sur l'histoire antérieure du sujet. Dans la variété supra-phrénique, la cause habituelle est la rupture d'une portion de la plèvre recouvrant un poumon malade. La variété sous-phrénique est d'ordinaire consécutive à la perforation d'un ulcère de l'estomac, à l'ouverture d'un abcès du foie. En cas d'ulcère, on trouve des antécédents dyspeptiques, des hématoméses. Ces signes manquent s'il s'agit d'un pyopneumothorax dû à la perforation d'un ulcère du duodénum. Comme causes moins fréquentes, il faut signaler le cancer de l'estomac, les abcès du foie, les kystes hydatiques, l'appendicite, les abcès périnéphrétiques. Si le début est soudain, on peut hésiter entre un pneumothorax dû à la phtisie au début, à un ulcère gastrique perforant ou à l'irruption d'un abcès du foie. Dans le premier cas, on note, du côté malade, une douleur aiguë qui s'accompagne de toux. S'il s'agit d'un ulcère gastrique perforé, la douleur, qui s'accompagne d'hypéresthésie cutanée, est perçue dans la région épigastrique. Les vomissements peuvent exister dans les deux cas, mais surtout dans le pneumothorax. Dans un cas comme dans l'autre on trouve de la dyspnée, une grande faiblesse. Le point le plus important, dans l'examen physique est de déterminer la situation du diaphragme. Les signes de déplacement des organes voisins contribuent à faire la lumière sur ce point. Les mouvements du diaphragme ont une très grande valeur. D'ordinaire, les affections thoraciques dépriment ce muscle de telle sorte qu'il se trouve réduit à une impotence relative. Au contraire, les affections sous-diaphragmatiques l'élevèrent, ce qui lui permet de continuer à se contracter. On reconnaît qu'il fonctionne normalement à son action sur la paroi de l'abdomen et les viscères

abdominaux. L'auteur rapporte un cas dans lequel il existait une tumeur élastique de l'hypochondre gauche. Entre cette tumeur et le cœur, qui était refoulé en haut, existait une zone de sonorité. Les signes physiques indiquaient l'existence d'un liquide correspondant, comme siège, à l'arrière-cavité des épiploons. Un bruit de clapotement, à la percussion, révélait la présence d'une certaine quantité d'air mêlé au liquide. On pouvait penser à une collection d'origine pleurale. Le sujet mourut de pleuro-pneumonie. A l'autopsie, on trouva un ulcère de la paroi postérieure de l'estomac. Dans l'arrière-cavité se trouvait un abcès en voie de guérison. La plèvre gauche était entièrement adhérente. L'intérêt de ce cas réside dans l'existence d'une tumeur élastique correspondant à du liquide dans l'arrière-cavité ; c'est là un signe d'une grande importance. En second lieu la ponction de la plèvre donna un peu de sérosité transparente, ce qui indiquait nettement que le pus n'était pas dans la plèvre.

Quand le pyopneumothorax occupe le côté gauche, la cause ordinaire est la perforation d'un ulcère gastrique. Le meilleur signe de perforation est une violente douleur épigastrique, secondaire, accompagnée de vomissements plus ou moins graves, de dyspnée, de tachycardie, en un mot de signes de péritonite au début. Si l'on n'opère pas immédiatement, ou bien il survient une péritonite généralisée, ou bien, grâce à la formation d'adhérences, il se fait un abcès sous-phrénique qui contient habituellement de l'air. En ce cas, l'état général du malade peut rester bon, mais le sujet est faible, avec une température irrégulière et un pouls rapide : tous signes qui doivent faire songer à la présence de pus.

(*Gazette des hôpitaux*).

Un cas d'hémophilie ; succès de l'injection de gélatine.

Par RODOLPHE HEYMAN (de Leipzig).

Le 1er mai de l'année courante, l'auteur avait à traiter un jeune homme, de 23 ans, qui se plaignait de fréquentes hémorragies nasales. L'auteur a trouvé de deux côtés de la cloison nasale, environ à un centimètre de l'orifice, tout un réseau de petits vaisseaux dilatés. Un léger attouchement avec la sonde suffisait pour provoquer une hémorrhagie. En outre, le nez était le nez de catarhe, de tuméfaction, et l'espace naso-pharyngien était en grande partie rempli d'une tonsille du pharynx hypertrophiée, ou comme on dit, des végétations adénoïdes. On proposa au malade l'opération des adénoïdes.

L'hémorrhagie produite par l'intervention chirurgicale persistait d'une manière inquiétante. Tous les moyens usuels qu'on employa pour arrêter le sang restèrent sans effets. Alors l'auteur se rappela que des cliniciens français déclaraient les injections de gélatine comme très efficace en pareil cas. En effet, l'injection d'une solution de gélatine stérilisée eût le résultat désiré.

Les injections n'avaient produit aucun trouble notable.

L'état du malade présenta encore un autre phénomène intéressant.

Le 5 mai, le soir, il se plaignait d'une tension et d'une tuméfaction du côté externe du cou et de petites douleurs pendant l'inglutition. En effet, l'auteur a constaté un emphysème cutané tel qu'il s'en produit quand on ne manie pas avec prudence le cathéter dans le tube eustachien.

L'emphysème gagnait les épaules et les parties supérieures de la poitrine et du dos. Il a dû naître par suite de l'agitation du malade qui toussait, faisait des efforts pour cracher et refoula par là de l'air dans les tissus.

(*Muenchener Medicinische Wochenschrift*. — *L'Indépend. méd.*)

CHIRURGIE

Traitement du goître exophthalmique par les injections d'éther iodoforme dans le parenchyme du corps thyroïde.

Par M. PITRES (de Bordeaux).

On est en droit, devant les insuccès de la chirurgie, de proposer une thérapeutique nouvelle pour le goître exophthalmique.

La plupart des accidents qui relèvent du goître exophthalmique sont imputables à des troubles de la sécrétion de la grande thyroïde.

Dans le but de modifier cette sécrétion, j'ai eu recours à des injections d'éther iodoformé de 1 centimètre cube en plein goître. Ces injections ne doivent être répétées que tous les 8 jours environ. L'injection est souvent suivie d'une douleur assez vive, mais variable avec chaque sujet.

Les résultats que j'ai obtenus ont été très satisfaisants, même dans les cas où la maladie était très accusée et où il s'était établi déjà une cachexie thyroïdienne. L'énerverment cesse peu de temps après, le sommeil revient, l'exophthalmie elle-même disparaît peu à peu.

Pendant longtemps, les malades peuvent conserver une certaine hyperexcitabilité du cœur, bien qu'ils n'aient plus la sensation de leurs palpitations. L'amélioration est très sensible après la 3e ou la 4e. Les injections doivent être continuées pendant quelques mois. J'ai ainsi soigné douze malades, et j'ai obtenu six cas de guérison à peu près complète, datant déjà de 2 ans.

J'ai aussi fait plus de 20 injections d'éther iodoformé dans la glande thyroïde, sans jamais avoir d'accident. Je signale un phénomène qui se produit parfois au cours de ces injections : une sorte de bouillonnement dans la glande apparaît aussitôt après l'inoculation, mais pour ne durer que quelques instants.

(Congrès de Lille.)

Sur l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

Par le docteur J. WIESNER.

C'est à la clinique chirurgicale du docteur Hacker (d'Innsbruck) que l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle a été pour la première fois systématiquement employée. Plus de 400 opérations ont été pratiquées avec ce genre de narcose ; l'auteur, qui a eu de très nombreuses occasions d'observer cette méthode, résume ainsi le résultat de ses observations :

« Le chlorure d'éthyle ou kéléne est un liquide très mobile, à odeur d'éther très caractéristique peu soluble dans l'eau, plus soluble dans l'alcool ; son poids spécifique, à 0 degré est de 0,921 ; son point d'ébullition est à $-12^{\circ}5$; il ne se solidifie qu'à -29° degrés ; il se volatilise à la température ordinaire sans laisser de résidus. En introduisant ses vapeurs dans l'eau, celle-ci ne doit pas rougir le papier de tournesol, ni former de précipité si on l'additionne d'acide nitrique, et d'une solution de nitrate d'argent.

L'anesthésie générale est complète au bout d'une demi à deux minutes, suivant l'âge du sujet et son accoutumance à l'alcool ; les réflexes des pupilles et de la cornée sont presque toujours maintenus ; des malades sous l'anesthésie ont même répondu aux questions bien que l'anesthésie fût complète et qu'ils ne se souvinsent plus de rien une fois réveillés. Ce n'est que chez les alcooliques que l'on remarque une période d'excitation ; celle-ci atteint rarement un état aigu et dans un cas seulement la force de l'excitation rendit l'anesthésie impossible. On n'a jamais observé de faiblesse cardiaque, de spasme de la glotte ou de troubles de la respiration accompagnés d'asphyxie. Lorsqu'il est arrivé qu'un malade se soit réveillé pendant l'opération, le fait a toujours été imputable au

médecin chargé de l'anesthésie. Aussitôt après l'enlèvement du masque, l'état normal était rétabli et l'on voit des malades ayant subi une opération sous l'anesthésie du chlorure d'éthyle rentrer seuls chez eux après l'opération. Très rarement les patients se sont plaints de maux de tête. Par contre, les réflexes musculaires n'étaient jamais complètement abolis, sauf chez les enfants. Le relâchement complet des muscles ne se produit pas ; par conséquent l'anesthésie au kéléne ne semblerait pas indiquée dans les cas où ce relâchement est indispensable. Il est cependant suffisant pour réduire une ancienne luxation ou réunir les morceaux d'os, dans une fracture de la rotule.

Dans la clinique du professeur Hacker, la "Kelenarcose" est employée dans les opérations de courte durée et dans le cas où le chloroforme et l'éther sont contre-indiqués, c'est-à-dire dans le cas de troubles de la circulation, de dégénérescence graisseuse du cœur, de maladies des voies respiratoires chez les cachectiques, chez les personnes affaiblies par une grande perte de sang et ayant subi des lésions graves, où une intervention très rapide s'impose et où l'on ne peut pas employer la méthode d'infiltration de Schleich.

Les avantages du kéléne comme anesthésique générale peuvent se résumer ainsi : anesthésie rapide ; absence complète ou très courte période d'excitation ; réveil rapide ; possibilité de l'employer chez les personnes affaiblies par des pertes de sang considérables ou se trouvant sous l'influence d'un choc. Il faut citer aussi, par contre, ses désavantages : absence du relâchement total des muscles, difficulté d'effectuer des opérations de longue durée, les malades se réveillant trop facilement.

(Wien. med. Wochens. — Gaz. des hôpitaux.)

GYNECOLOGIE

La môle vésiculaire tumeur maligne.

Par M. MENU (Thèse de Paris).

D'après M. MENU, la môle vésiculaire se révèle tumeur maligne par sa constitution histologique, par sa marche envahissante, par l'intensité des phénomènes d'auto-intoxication qu'elle provoque. Souvent cette intoxication atteint profondément le système nerveux : l'une de ses conséquences les plus dangereuses est alors la paralysie de l'utérus.

La toxémie, jointe aux hémorragies qui surviennent à toutes les périodes, plonge l'organisme dans un état de marasme absolument analogue à la cachexie cancéreuse.

Pour toutes ces raisons, auxquelles il faut ajouter le danger des accidents de rétention et d'infection consécutive, la môle vésiculaire comporte un pronostic très grave.

Il importe donc d'établir un diagnostic précoce.

Ce diagnostic commande l'intervention immédiate ; elle sera purement manuelle et consistera dans une dilatation digitale de l'orifice, suivie d'un curage digital de la cavité utérine.

Si la môle a envahi le tissu musculaire, l'hystérectomie précoce sera pratiquée ; cette opération est urgente dans le cas de perforation.

La malade sera observée soigneusement pendant des mois et hystérectomisée au moindre indice de déciduome.

Dans les cas non diagnostiqués, l'accoucheur sera amené à suivre la même règle de conduite, s'il observe cette loi formulée par M. le professeur Pinard : " Chez toute femme enceinte qui perd du sang, si le pouls dépasse 100 pulsations, il faut vider l'utérus, quel que soit l'âge de la grossesse. "

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

OBSTÉTRIQUE

Du séjour au lit des accouchées.

Par le Dr. L.-J. AUDEBERT.

(Suite)

Un autre danger, et non des moindres, menace la femme levée prématurément ; on sait que la *phlegmatia alba dolens* n'apparaît que tardivement, 12 ou 15 jours après la délivrance. Son apparition est souvent, il est vrai, précédée de phénomènes infectieux tels que l'élévation de la température, les lochies odorantes, etc. Mais ces symptômes prodromiques manquent quelquefois, et la phlébite éclate brusquement, s'installe d'emblée dans une ou plusieurs veines ; les risques d'embolie pulmonaire sont alors bien plus grands chez une femme qui est levée depuis déjà quelques jours, et qui, ignorant les nouveaux dangers qu'elle court, continuera à se tenir debout, à marcher, allant ainsi devant cet accident si redouté même pendant le décubitus horizontal, la mise en liberté du caillot phlébitique et l'embolie terminale.

L'éventualité de cette redoutable complication n'avait pas échappé tout à fait à Küstner, qui recommande de surveiller les femmes, " car le plus grand danger que puisse faire courir le lever précoce est une infection latente ; " or la manifestation la plus grave de l'infection latente est certainement la *phlegmatia alba dolens*. Küstner, pour parer à ces surprises, déclare qu'il est utile de prendre très régulièrement la température journalière. Mais nous savons d'abord que l'élévation thermique fait quelquefois défaut ; et de plus pourra-t-on exiger dans la pratique hospitalière qu'une femme séjourne à la maternité 10 ou 12 jours après son lever ? En les maintenant au lit, il est déjà fort difficile d'obtenir d'elle un séjour d'une semaine ; la femme demandera sa sortie avec plus d'insistance encore si on lui dit qu'elle peut marcher et vaquer aux soins du ménage. Une fois rentrée chez elle, il n'est plus question de thermométrie, ni de surveillance, la femme est livrée à elle-même et à toutes les suggestions de l'ignorance et des préjugés.

C'est là le principal écueil de cette nouvelle méthode. Les accouchées ont déjà trop de tendances à se soustraire aux nécessités du repos horizontal. Presque toutes, elles n'exécutent que la moitié des prescriptions médicales. Permettez leur de se lever le 3^e et le 4^e jour, elles seront debout le lendemain et, sanglées dans leur corset, elles recommenceront leur existence de mondaine ou d'ouvrière.

Ces derniers mots demandent une explication. Il importe, au point de vue pratique, d'établir une distinction entre la femme façonnée ou plutôt déformée par une longue hérédité et par plusieurs siècles de civilisation, et la femme qui a gardé l'intégrité et la robustesse de ses organes, entre la civilisée et la femme nature. " Plus on s'écarte de la vie selon la nature, dit M. Fochier, plus l'acte physiologique de l'accouchement a de la tendance à s'écarter de la terminaison naturelle et des suites simples. " Il ne faut pas se le dissimuler ; non seulement dans les classes les plus élevées, mais aussi dans la bourgeoisie, la grossesse est devenue ou tend à devenir une maladie qu'il faut soigner, l'accouchement un grave traumatisme qui demande un traitement spécial et surtout un repos prolongé. Chez les civilisées, la force de résistance, l'énergie musculaire sont moindres, le travail est plus long, les interventions plus fréquentes, la convalescence plus lente. Il n'est pas jusqu'à l'usage du chloroforme, beaucoup plus souvent répandu en ville qu'à la campagne, qui ne puisse jusqu'à un certain point pervertir la marche naturelle de la parturition et de l'involution utérine. Vouloir, dans ces conditions, assimiler la campagnarde à la mondaine, et les assujettir toutes deux aux mêmes prescriptions, c'est méconnaître les dissimilitudes profondes de deux organismes fondus dans un moule diffé-

rent, c'est faire fi des données les plus élémentaires de la physiologie pathologique, c'est s'exposer aux pires accidents.

Voilà pourquoi je crois qu'il est impossible de fixer une règle toujours identique, voilà pourquoi je suis persuadé que la pratique de Küstner, acceptable jusqu'à un certain point dans la clientèle hospitalière, serait certainement dangereuse chez presque toutes les accouchées de la ville. Et encore je ne puis admettre que l'on autorise même les femmes les plus robustement charpentées à se lever dès le 2^e jour. Sait-on quelle est à cette époque et dans les jours suivants le volume de l'utérus ? E. Martin a constaté que la cavité utérine, chez une femme morte d'éclampsie 48 heures après son accouchement, mesurait 22 centimètres de longueur. Au 4^e jour, chez une femme morte aussi d'éclampsie, Lott a trouvé une longueur de 23 centimètres. Le même auteur a obtenu comme dimension verticale de la cavité utérine les chiffres de 20 centimètres et de 19 centimètres sur 2 femmes mortes l'une à la suite de tuberculose pulmonaire, l'autre de maladie du cœur. Voici maintenant les chiffres obtenus par Hecker au 9^e jour et au 13^e jour ; 18 et 12 centimètres ; les femmes avaient succombé à l'emphysème et à la tuberculose pulmonaire. (J'ai eu soin d'éliminer tous les cas où la mort est survenue à la suite de maladies puerpérales, on aurait pu objecter que la régression avait été troublée et la dimension de la matrice augmentée de ce fait). C'est donc au moment où l'utérus mesure 18 à 20 centimètres de hauteur et offre un volume proportionnel, que l'on veut permettre aux femmes de marcher, sans craindre que les ligaments déjà distendus et relâchés par la grossesse ne fléchissent sous le poids et ne soient impuissants à maintenir en place l'organe gestateur !

Aussi l'accoucheur doit-il se laisser guider surtout par le volume de l'utérus. L'étude de la régression utérine doit être la base de son appréciation. Il ne prescrira pas indistinctement à toute femme du peuple un repos de 4 à 5 jours, aux bourgeoises un repos au lit de 15 jours, il se fixera sur le temps nécessaire à l'utérus pour revenir à son volume normal. En pratiquant tous les jours le palper sus-pubien, il se rendra compte de la marche de l'involution utérine ; il verra peu à peu l'utérus s'abaisser, diminuer de volume et bientôt disparaître derrière le pubis. Depuis quelques jours déjà, l'écoulement sanguin aura cessé, les lochies seront taries, second symptôme important à apprécier. A ce moment-là, on pourra sans danger donner à la nouvelle accouchée l'autorisation de se lever.

M. Bosc, de Montpellier, a conseillé récemment de hâter l'involution ou plutôt la subinvolution de l'utérus par la massage. La simplicité du procédé et une indiscutable portée pratique le feront adopter par la majorité des accoucheurs, et souvent il pourra rendre des services.

Bien entendu les femmes n'auront pas été immobilisées jusqu'à dans le décubitus horizontal. Dès le 2^e jour, elles auront la tête et les épaules soulevées par un oreiller ; si la régression utérine s'effectue normalement, on pourra graduellement (il est impossible de préciser ici les dates, qui varieront suivant la parité, les habitudes, l'état général et local), les tenir demi-assises dans leur lit, puis, franchement assises, leur permettre même une occupation manuelle. Dès le 3^e ou le 4^e jour, on pourra faire leur lit, en ayant soin de les transporter dans un lit voisin, sans qu'elles fassent un pas. Si l'accouchée éprouve une réelle difficulté à user du bassin plat pour ses garde-robes, on la laissera mettre pied à terre pour satisfaire aux besoins naturels.

On voit, d'après ce qui précède, que nous avons, avec bien d'autres, apporté des tempéraments à la pratique ancienne qui figeait l'accouchée dans une immobilité de momie ; nous croyons, en effet, qu'entre le mois de repos exigé par certains accoucheurs et le lever hâtif de Küstner, il y a place pour une doctrine basée non plus sur des conceptions théoriques, mais sur l'observation raisonnée et intelligente des phénomènes de régression des tissus ma-

ternels. Au lever tardif, au lever précoce, nous préférons le lever tempestif dont la date, non fixée d'avance, dépendra seulement de la marche plus ou moins rapide de l'involution utérine.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

De la peptonurie dans la grossesse.

Par MM. MERCIER et MENU.

Voici les conclusions tirées de l'examen d'un certain nombre de femmes enceintes, normales et pathologiques.

1° Chez les femmes grosses albuminuriques non éclamptiques, la peptonurie est constante quand on rencontre l'association de l'albumine acéto-soluble avec la sérine.

2° Au cours de l'éclampsie puerpérale, la peptonurie est un phénomène constamment observé et cela quelle que soit la sorte d'albumine trouvée.

3° La peptonurie n'est pas un signe de la mort du fœtus, elle ne peut être davantage incriminée comme étant la cause de l'avortement.

4° La peptonurie se rencontre dans la moitié des cas de syphilis maternelle ayant amené l'avortement; elle n'est donc pas un signe de syphilis maternelle.

5° La théorie de l'involution utérine est insuffisante à expliquer la présence des peptones dans les urines, notamment dans les cas où la grossesse suit son cours normal sans menace d'expulsion prématurée du produit de conception.

6° En raison de sa constance au cours de l'éclampsie puerpérale, la peptonurie paraît être d'origine hépatique, qu'il s'agisse soit de désintégration de la glande hépatique, soit de la suspension de la fonction hépatique vis-à-vis des peptones.

(S. d'obstétrique de Paris.)

PÉDIATRIE

Du diagnostic précoce de la rougeole.

Par le docteur CAZAL.

On pensait autrefois que la rougeole n'était contagieuse qu'au moment de l'éruption et de la desquamation. S'il en était ainsi, à cette période le diagnostic étant le plus souvent facile, la prophylaxie serait bien simplifiée. En isolant l'enfant aux premières manifestations de l'exanthème, on le mettrait à peu près sûrement dans l'impossibilité de transmettre sa maladie.

Nous savons, au contraire, que c'est surtout à la période d'invasion que la rougeole est dangereuse. La contagion réside principalement dans les sécrétions des muqueuses, bien plus que dans les produits exanthémateux. Ce sont les muco-sités desséchées, les crachats, les sécrétions lacrymales et nasales qui, transportées de façon diverses, pourront contagionner — à une faible distance — des enfants indemnes. Le moment le plus dangereux serait, d'après Bard, l'avant-veille de l'éruption, alors que les phénomènes catarrhaux sont très accusés. La contagiosité diminue peu à peu, se maintient encore, mais à un degré bien moindre, pendant l'éruption, pour disparaître complètement avec cette dernière. A la période desquamative, on peut donc, sans crainte, rendre aux enfants leur liberté.

On voit par là combien est peu efficace la précaution, que l'on prend dans les familles, d'éloigner les autres enfants quand l'un d'entre eux est atteint de rougeole. Il est déjà beaucoup trop tard, car ils sont alors en pleine incubation et iront eux-mêmes répandre au loin la contagion.

Pour être efficace, l'isolement doit être effectué aux premiers

signes de catarrhe. Il est donc de la plus haute importance de pouvoir dépister la rougeole tout-à-fait au début de la période d'invasion ou d'énanthème, c'est-à-dire de distinguer d'un rhume ordinaire le coryza et la conjonctivite prémonitoires de la rougeole. Rien dans ce catarrhe oculo-nasal n'est caractéristique, et si on n'est pas mis en garde par une épidémie existante, le plus souvent on ne prendra aucune mesure prophylactique.

Il existe cependant un certain nombre de signes qui, contemporains de ces phénomènes inflammatoires du larynx, du nez et des yeux, peuvent faire affirmer l'invasion de la rougeole; grâce à eux, on peut la dépister deux jours au moins avant l'éruption. Mais ces signes doivent être recherchés avec soin, car il faut y penser pour les trouver.

Les voies respiratoires ne sont pas les seules touchées par l'énanthème, la bouche et le pharynx y participent également. La muqueuse buccale, le voile du palais, la muqueuse pharyngée sont rouges, tuméfiés; les gencives surtout sont gonflées, sans être saignantes, souvent recouvertes d'un enduit pultacé facilement détachable. Cette stomatite érythémato-pultacée, signalée par Comby, est presque constante; le plus souvent elle apparaît deux jours avant l'éruption et dure autant qu'elle. " Sans doute, dit Comby, elle n'est pas propre à la rougeole, on la retrouve dans la scarlatine, dans la grippe et dans d'autres maladies aiguës. Mais elle manque dans la rubéole et les érythèmes morbilliformes pathogénitiques, et elle peut être utilisée pour éliminer les fausses rougeoles. L'énanthème gagne tout le pharynx, envahit les trompes d'Eustache et l'oreille moyenne, les cellules mastoïdiennes, etc. Cette propagation nous explique la fréquence des otites, des mastoïdites, des perforations du tympan rencontrées si souvent au cours ou à la suite de la rougeole. "

Le voile du palais présente souvent, un ou deux jours avant l'éruption, un érythème tacheté, un *pointillé rouge* qui, d'après Sevestre et d'Espine, est caractéristique de la rougeole.

Un autre signe, encore plus important, est fourni par les *taches de Koplik* qui seraient presque constantes, puisque, d'après Combe (de Lausanne), on les rencontrerait dans 95 p. 100 des cas, déjà trois jours avant l'éruption, sur la surface interne des joues et des lèvres. Cet énanthème buccal est constitué par des efflorescences blanc bleuâtre de 2 à 6 millimètres de diamètre et entourées d'une auréole inflammatoire. Ces éléments de six à dix en général, quelquefois davantage, commencent le plus souvent trois jours avant l'éruption et disparaissent le jour ou le lendemain de l'apparition de l'énanthème.

Toutes les muqueuses sont atteintes plus ou moins par l'énanthème, celles des organes génitaux, du tube digestif, comme celles des organes des sens. D'après un médecin italien, Bolognini, le péritoine même serait touché, et dès le début, par une palpation méthodique, ou trouverait un *froissement péritonéal* très léger, neigeux. Mais ce phénomène paraît être de peu d'importance, car, suivant Combe, c'est l'intestin et non le péritoine qui en est le siège, et il est commun à toutes les diarrhées.

Au moyen de ces divers signes que nous venons de passer en revue, on doit pouvoir, dans la majorité des cas, reconnaître la rougeole à sa période d'invasion, ce qui est d'une grande utilité au point de vue prophylactique, puisque c'est à ce moment qu'elle est le plus dangereuse.

Mais la rougeole n'est-elle pas déjà contagieuse pendant la période d'incubation? Combe incline à le croire. Il a vu plusieurs fois des enfants isolés six jours avant se contagionner; il en conclut que, pendant les derniers jours de l'incubation, le varioleux est déjà contagieux par le catarrhe oculo-nasal qui commence. Ce qui donnerait donc toute garantie, ce serait l'isolement avant même la période énanthématique, pendant l'incubation qu'aucun symptôme morbide ne peut faire soupçonner.

Combe, dans un travail remarquable, vient d'apporter un appoint considérable pour le diagnostic précoce de la rougeole. Des études sur les modifications du sang lui ont permis de démontrer que, pendant la période d'incubation, le rougeoleux présente une *hyperleucocytose* considérable qui atteignait son maximum quatre ou cinq jours avant l'éruption ; qu'à partir de ce moment, le nombre des globules blancs diminuait progressivement, et qu'à cette hyperleucocytose faisait suite une *hypoleucocytose* manifeste durant les deux derniers jours de l'invasion et toute la période d'éruption. Ainsi, chez un enfant de trois ans (leucocytose normale : 11,000), le nombre des globules blancs, quatre jours avant la période éruptionnelle, atteignait plus de 34,000 pour descendre le deuxième jour de l'éruption à 5,000. Cette hyperleucocytose n'est pas spéciale à la rougeole ; mais ce qui lui est bien spécial, c'est qu'elle apparaît à la période d'incubation sans aucun symptôme morbide, tandis que dans les autres maladies c'est seulement à la période d'état qu'elle existe, accompagnée de tout le cortège habituel de ces affections.

Sans doute, ce signe ne peut être recherché que chez un enfant suspect ayant été en contact avec un rougeoleux ; c'est dire que ce moyen d'investigation pourra être surtout utilisé dans les hôpitaux, dans les policliniques ou encore dans les milieux scolaires surveillés par un médecin. Dans ce cas-là, cette hyperleucocytose de la période d'incubation peut être un indice précieux, car si les mesures d'isolement pouvaient être prises avant que la contagion soit possible, une épidémie serait rapidement circonscrite.

(Gaz. des hôpitaux.)

Fractures de la rotule chez l'enfant.

M. Monnier tire les conclusions suivantes :

1° Les fractures de la rotule sont absolument exceptionnelles chez l'enfant et l'adolescent.

2° A part celles où l'écartement est insignifiant et la déchirure des ailerons rotuliens minime, l'intervention sanglante est la méthode de choix.

3° Cette intervention consistera dans l'arthrotomie large par l'incision à convexité inférieure, passant près de la tubérosité antérieure du tibia, et dans la suture osseuse directe par deux fils d'argent passant dans l'intérieur des deux fragments, mais en dehors du cartilage.

4° Elle sera suivie de l'application d'un appareil plâtré qu'on enlèvera définitivement au bout de dix jours environ, époque où l'on commencera une mobilisation prudente, mais cependant de plus en plus énergique.

5° La marche sera reprise habituellement vers le vingtième jour, et les occupations au bout d'un mois.

(Gazette des hôpitaux.)

La lithiase rénale chez le jeune enfant.

Parrot et quelques autres auteurs ont montré qu'il pouvait se déposer, peu après la naissance, dans le rein des enfants, de la poussière uratique, sous forme de stries jaunâtres dans les pyramides. M. Comby a procédé à des recherches systématiques dans son service, à l'autopsie des enfants morts dans ces derniers mois. Dans 48 cas (13 garçons, 17 filles), il a trouvé des dépôts uratiques évidents. Dans 11 cas, il s'agissait d'enfants âgés de trois jours à trois mois ; dans 17 cas, de trois à dix-sept mois ; dans 18 cas, de six mois à douze mois ; dans 2 cas de douze mois à vingt-quatre mois. Plus l'enfant est jeune, plus fréquents sont les dépôts uratiques.

Cette lithiase rénale chez le jeune enfant n'est ni d'origine arthritique, ni héréditaire ; elle est acquise, et acquise du fait de la

mauvaise alimentation, d'une hygiène défectueuse, de la misère physiologique. Le sevrage précoce, l'athrepsie, les affections gastro-intestinales sont autant de causes d'appel. Les infarctus uriques se déposent tantôt en stries jaunâtres, en éventail, sur la coupe des pyramides : c'est là le premier degré et souvent le dernier ; tantôt, au contraire, cette poussière uratique, au lieu de disparaître, persiste ; les cristaux s'agglomèrent dans le rein pour former des graviers et des calculs lenticulaires durs.

Les sables, les graviers, s'écrasent facilement, les calculs sont indestructibles. Quelquefois ces calculs peuvent devenir le centre d'autres pierres vésicales. Dans 21 cas, il n'existait que du sable urique ; dans 30 cas, il s'agissait de calculs véritables ; dans 17 cas la vessie contenait, en même temps que le rein, du sable ou des graviers. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que de l'hydronéphrose ou des lésions inflammatoires du côté des calices ou du bassinet ont pu être observées.

La symptomatologie de la lithiase rénale chez l'enfant se réduit à peu de choses. Souvent l'examen des langes de l'enfant permettra de constater la présence de fines poussières uratiques, les cris de l'enfant pourront éveiller l'attention, les convulsions dans quelques cas pourront être sous la dépendance de la lithiase.

Les complications sont rares, mais peuvent se manifester par de la rétention d'urine, de la dyspnée, de la pyonéphrose.

Si la lithiase rénale chez les enfants est pauvre en symptômes, le pronostic lointain doit être réservé ; le traitement de choix est la substitution de l'allaitement naturel à l'allaitement artificiel, ou du lait stérilisé, au lait bouilli ; chez les enfants sevrés, il suffira, pour faire disparaître les accidents, d'instituer le traitement lacté absolu.

(Gazette des hôpitaux.)

THERAPEUTIQUE

Transfusion de solutions de saccharate de soude.

Les transfusions de solutions physiologiques de chlorure de sodium sont devenues un moyen de traitement indispensable et héroïque dans les cas d'anémie aiguë grave. Cependant ces solutions ne sont pas exemptes de toute critique au point de vue de leurs effets. Pour que les globules sanguins ne soient pas altérés il faut que les conditions isotoniques soient les mêmes pour les solutions que pour le plasma ou le sérum. Or, la solution physiologique à 60/00 de chlorure de sodium ne répond pas à cette condition, et il faudrait porter le taux à peu près à 90/00, mais cette addition de 2 ou 30/00 de chlorure de sodium pourrait avoir d'autres effets nuisibles pour les globules rouges. D'un autre côté, on peut demander davantage comme action thérapeutique aux solutions salines, et en effet, les solutions de chlorure de sodium auxquelles on ajoute du bicarbonate de soude ou simplement de la soude ont donné, dans les expériences physiologiques de bien meilleurs résultats au point de vue de l'entretien des contractions cardiaques sur les cœurs isolés dans un but d'expérience. Les chlorures de calcium et de potassium ont également la propriété de prolonger les contractions cardiaques. Une autre condition que doivent posséder les solutions injectables est de retenir et d'abandonner facilement l'acide carbonique comme le fait le sérum sanguin. Or, M. Schucking de Pyrmont a trouvé dans les saccharates alcalins un sel qui, en solution, répond à toutes ces conditions. Le saccharate de soude qu'il emploie est obtenu par la précipitation d'une solution alcoolique de sucre par une lessive de soude concentrée ; ce précipité gélatineux qui représente le saccharate de soude est soluble dans l'eau, l'eau sucrée et l'eau-de-vie ; il est insoluble dans l'alcool fort. L'acide carbonique le décompose

en sucre et en carbonate alcalin. La solution employée par Schucking renferme 80/00 de chlorure de sodium et 0,33 0/00 de saccharate de soude. Schucking a constaté l'innocuité de cette solution en injection sur les animaux et sur lui-même.

Dès lors, il l'a employé dans deux cas, d'abord chez une femme de 28 ans atteinte d'hémorragies graves à la suite d'avortement. Le pouls de la malade était insensible, la peau livide et froide. Après l'injection d'un quart de litre de cette solution, le pouls se releva et la malade se rétablit rapidement. Aussitôt après l'injection, le pouls devint plein et tendu.

Dans un autre cas, chez une primipare dont la paroi utérine était le siège d'un petit fibrome, il se produisit une forte hémorragie après la délivrance. Schucking trouva la malade presque sans pouls, la peau pâle, les lèvres cyanosées ; il transfusa la solution dans la veine médiane droite. Bien qu'ayant l'intention d'injecter une grande quantité de liquide, il s'arrêta après avoir injecté un quart ou un tiers de litre, craignant que l'injection ne fut suivie d'un effet trop intense. Le pouls était aussi perceptible qu'on pouvait le désirer dans la circonstance et l'état de la malade était tout à fait satisfaisant quelques heures après. Les saccharates alcalins peuvent être facilement préparés par tout chimiste et l'on pourrait en préparer des pastilles qu'il suffirait d'ajouter au chlorure de sodium. Schucking croit que la solution qu'il propose mérite dans tous les cas la préférence sur la transfusion sanguine, car une quantité relativement faible de 100 à 500 grammes suffit pour ranimer l'activité cardiaque.

(Médecine moderne.)

Le traitement d'ulcères variqueux par la teinture d'aloès.

Par le Dr. GOFFIN (de Paris).

Nous avons été un des premiers à préconiser la teinture d'aloès dans le traitement des ulcères variqueux, et, nous basant sur quatorze observations, nous avons indiqué ici-même les règles que nous mettions en pratique dans cette médication.

Depuis lors, nous avons légèrement modifié notre manière de faire, et nous pensons, toujours à l'aide du même agent thérapeutique, avoir rendu le résultat plus rapide et plus sûr.

La principale difficulté de cette méthode consiste, en effet, à faire tenir, si l'on peut ainsi parler, la teinture d'aloès sur la surface dénudée. S'il se produit une sécrétion après le badigeonnage, et si surtout cette sécrétion est purulente, on perd ou tout au moins on recule le bénéfice qu'on était en droit d'attendre du médicament. Il est donc de la plus grande importance de mettre obstacle aux causes productrices du pus. Nous avons indiqué les principales d'entre elles ; la première réside certainement dans le mauvais état de l'ulcération, et, avant toute intervention, on doit la rendre aussi aseptique que possible. C'est là le point que nous tenons à signaler, et, pour arriver à ce résultat, un lavage, même soigneusement fait, mais ne précédant l'application de la teinture que de quelques instants est insuffisant dans la plupart des cas pour donner une bonne désinfection. Il faut pendant plusieurs jours aseptiser soigneusement les surfaces malades pour les mettre en état ; ce traitement préliminaire, loin de retarder le résultat final ne fait que le hâter. En second lieu, nous pensons qu'il faut aussi modifier, dans la mesure du possible, l'état général du membre malade ; on y arrive en faisant tenir la jambe étendue horizontalement, en même temps qu'on exerce sur elle une légère compression. Grâce à cette double précaution, on met l'ulcération et les tissus dans les meilleures conditions possibles. En résumé, nous formulons les règles suivantes :

1° Faire tout d'abord sur l'ulcération des pulvérisations de liqueur de Van Swieten, et cela jusqu'à ce que la surface soit parfaitement détergée.

2° Dès que ce résultat est obtenu, on met à demeure des compresses imbibées de la même solution. En même temps, la jambe est maintenue horizontale et on exerce une légère compression au moyen d'une bande de caoutchouc allant des orteils jusqu'au genou. Cette première phase du traitement doit durer trois jours.

3° On sèche ensuite la plaie avec de l'ouate hydrophile et l'on fait un ou deux badigeons successifs de teinture d'aloès. Quand la surface est bien sèche, au bout de quinze à vingt minutes environ, on met dessus un carré de baudruche ; une légère couche de ouate et une bande de toile complètent le pansement.

4° Deux choses peuvent alors se passer ; dans un premier cas, l'ulcération marche franchement vers la guérison. Trois ou quatre applications de teinture faite par dessus la première, à cinq jours d'intervalle environ, procurent le résultat désiré.

Dans un second cas, malgré toutes les précautions, la plaie suppure dès le premier jour sous l'aloès. Il ne faut pas alors perdre de temps à vouloir maintenir en place ce premier pansement, mais bien au contraire faire tomber la croûte et recommencer à nouveau les pulvérisations et lavages antiseptiques. En se conformant à ces règles, nous affirmons que l'on peut abrégé dans des limites notables la durée d'une affection dont la tenacité est d'ordinaire désespérante.

(Journ. des mal. cut. et syph.)

DERMATOLOGIE

Traitement des alopecies consécutives aux états morbides généraux.

La première indication qui se pose est de traiter l'état général et de tonifier le malade, avec des médicaments appropriés à l'affection dont il vient d'être atteint et à sa constitution.

Les préparations arsénicales et phosphatées rendent de grands services quand l'estomac les tolère. Nous n'avons pas à insister sur ce point qui est du ressort de la médecine générale. Mais nous devons préciser ce que l'on doit faire au point de vue local.

Si la chevelure est trop compromise, il ne faut pas hésiter à la raser complètement : on répète cette opération tous les quatre ou cinq jours, pendant deux ou trois semaines. Ce procédé radical est d'ordinaire fort mal accepté par les malades, mais il est de beaucoup plus efficace, et il rend les applications des divers topiques beaucoup plus faciles et plus rapides.

Si les cheveux ne tombent que d'une manière relativement modérée, on doit essayer de les conserver, surtout lorsqu'il s'agit de femmes et de jeunes filles. Il faut, dans ce cas, les démêler et les peigner avec précautions pour ne pas arracher et casser ceux qui ont encore de la vitalité. Par contre, on ne doit pas craindre d'enlever ceux qui n'adhèrent que faiblement et qui sont à bulbe pleins, car ils constituent autant de corps étrangers dont il faut débarrasser le cuir chevelu.

Si l'état du malade le permet, on fait un léger savonnage pour enlever tous les détritiques qui encrassent la tête. On sèche soigneusement le cuir chevelu et les cheveux avec des linges chauds, puis on fait une friction excitante que l'on répète tous les jours. Voici quelques formules dues à divers auteurs et qui nous paraissent recommandables.

Alcoolé de citron.....	150 grammes.
Acide chlorhydrique.....	4 —

Faire une friction légère du cuir chevelu, matin et soir.

Ou bien :

Alcool à 80 degrés.....	80 grammes.
— camphré.....	} à 5 —
Rhum.....	
Teinture de cantharides.....	
Glycérine.....	} à V gouttes.
Essence de santal.....	
— wintergreen.....	} 50 centigrammes.
Chlorhydrate de pilocarpine.....	

Une friction légère sur le cuir chevelu une fois par jour.

Ou bien :

Teinture de jaborandi.....	25 grammes.
— cantharides au 10e.....	25 —
Liniment savonneux.....	100 —

M. S. A., et agiter avant de s'en servir.

Faire une friction une fois par jour.

Ou bien :

Teinture de cantharides.....	} à 20 grammes.
— de romarin.....	
— de jaborandi.....	
Alcoolat de Fioravanti.....	} à 50 —
Alcool camphré.....	
Rhum.....	100 —

Il est, d'ailleurs, parfaitement inutile de se servir de ces formules toutes faites ; chacun peut prescrire des lotions excitantes alcooliques renfermant du rhum, de l'eau-de-vie, de l'alcool camphré aromatisé soit avec de l'alcoolat de mélisse, soit avec de l'alcoolat de romarin. Si on veut les rendre plus efficaces, on y incorpore un peu de quinine, de pilocarpine, de teinture de jaborandi, de capsicum, de noix vomique, de cantharides, du chloral, du formol, du sublimé, etc.

Hardy recommandait de la pommade de Dupuytren ou bien de pommade au tanin ou à l'acide gallique :

Moelle de bœuf.....	20 grammes.
Huile de ricin.....	10 —
Acide gallique.....	1 —

On peut remplacer dans cette formule la moelle de bœuf par de la vaseline et aromatiser avec V gouttes d'essence de lavande. (Monin).

Bazin employait une préparation analogue (20 gr. de moelle de bœuf préparée, 10 gr. d'huile d'amande douce ; parfois, il y ajoutait 2 gr. de sulfate de quinine et 1 gr. de baume du Pérou pour aromatiser).

Parmi les autres produits qui ont été préconisés pour faire repousser les cheveux, citons encore la pommade Philocome à base d'extrait mou de quinquina, de moelle de bœuf et d'huile d'amande douce, la pommade de Schneider, la teinture de Cauderer, la pommade de Boucheron, etc.

Quand on ne fait usage que des lotions excitantes, il faut mettre de temps en temps sur les cheveux, dès qu'ils semblent être trop secs, soit un peu d'huile d'amande douce, soit un peu d'huile de ricin parfumée, soit un peu d'huile antique, soit le mélange suivant que nous prescrivons fréquemment :

Huile de ricin.....	20 grammes.
Teinture de quinine.....	} à 10 —
— de romarin.....	
— de jaborandi.....	
Rhum.....	100 —

Agiter violemment avant de s'en servir.

Lorsque les alopecies consécutives aux grandes pyrexies se compliquent soit de pityriasis capitis, soit de séborrhée grasse, il faut modifier la médication locale de manière à combattre ces dermatoses.

(BROCC, in Arch. de th. clin.)

Maladies nerveuses

Sur un cas de coxalgie hystérique.

PAR LANNOIS.

Femme de 20 ans, grande hystérique, se présente à l'hôpital avec les symptômes d'une coxalgie gauche. Au cours des crises la hanche reste immobile. Cette raison jointe à d'autres faits (immobilisation complète, atrophie de la cuisse, raccourcissement apparent de 5 à 6 centimètres) fait penser à une lésion organique chez une hystérique. Mais d'autres symptômes empêchaient de rejeter complètement le diagnostic d'hystérie ; sous chloroforme, toute contracture céda. Au réveil elle était atteinte de monoplégie crurale gauche. La monoplégie ne persista pas et quelques jours plus tard la malade cirait la salle avec une brosse au pied.

A propos de cette observation, Lannois fait remarquer que la conception classique depuis Brodie et Charcot, de la coxalgie hystérique *sine materia* était loin d'être généralement admise. Pour beaucoup, la coxalgie hystérique n'existe pas et il n'y a que des coxalgies chez des hystériques. Si ce n'est pas la hanche qui est malade, c'est le genou ou le cou-de-pied qui donnent alors une contracture réflexe de la hanche. La conséquence de cette conception de l'arthropathie nécessaire dans l'arthralgie hystérique est l'intervention chirurgicale.

L'effort du chirurgien et les conséquences de l'intervention ne sont pas justifiés dans une affection qui peut parfois disparaître par une suggestion plus ou moins compliquée.

Il existe une coxalgie vraiment hystérique sans lésions autres que celles dues à l'immobilisation. A côté d'elle est une forme mixte hystéro-organique étudiée par Charcot, puis Ollier, et sur laquelle il est indispensable de s'éclairer en recourant aux rayons X.

(Lyon méd. — Rev. neurol.)

QUESTIONS ET REPONSES

8° A-t-on employé l'hypnotisme comme succédané du chloroforme ou de l'éther dans les opérations chirurgicales ?

R. — Oui, plusieurs fois avec succès.

En 1829, Cloquet fit l'amputation d'un sein sans douleurs.

En 1842, le Dr. Ward, de Londres, fait une amputation de cuisse.

En 1845, le Dr. Jolly, de Londres, fait une amputation du bras.

En 1847, le Dr. Fouton, Londres, fait une amputation de cuisse.

En 1847, Ribaud et Kiars, de Poitiers, font une extirpation très laborieuse d'une tumeur du maxillaire. En 1845, à Cherbourg, une amputation de cuisse chez une femme par les Drs. Loysel et Gibon. En 1847, dissection d'un paquet de glandes dégénérées sous-maxillaires et cervicales. En 1859, Broca et Follin incisent un abcès anal. En 1879, Velpeau signale à l'Académie des sciences ce mode d'anesthésie opératoire. En 1872, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, les Drs. Olliers, La Saigne et Julien opèrent, sans douleur, sous le sommeil hypnotique. Le Dr. Dumonpalier de l'Hôtel-Dieu, opère ainsi les ongles incarnés.

En 1887, le Dr. Paul Sécond, extrait une aiguille brisée dans le bras d'une morphinomane du service du Dr. Luys, à la Charité. Cette opération fut très laborieuse et cependant la malade n'accusa aucune douleur. En juillet 1889, Lillaux fit une opération importante rapportée à l'Académie de Médecine par le Dr. Mesnet. En août 1889, le Dr. Fort rapporte une opération faite sans douleur en 1887. Il déclare, en outre, qu'il a brisé des adhérences cicatricielles, brûlé par le thermocantère sans douleur grâce au sommeil hypnotique. Des accouchements sans douleurs ont eu lieu par le même procédé.

L'avantage de ce genre d'anesthésie c'est que l'on peut localiser à une région quelconque, à un membre, l'insibilité. Mais les désavantages, car il y en a, sont que les sujets à opérer ne sont pas tous hypnotisables ; deuxièmement, souvent le sommeil provoqué est long à venir et cela constitue une perte de temps et un ennui considérable, incompatible avec la pratique hospitalière ; c'est-à-dire que ce n'est pas un procédé pratique ; enfin, l'insensibilité, quoique habituelle, peut manquer de se produire par la crainte de l'opération chez le sujet. Nous trouvons dans ces désavantages la raison de la non vulgarisation de ce procédé d'insensibilisation chirurgicale et la vulgarisation du chloroforme ou de l'éther, dont l'action est constante et rapide.

Dr. VALIN.

NOUVELLE QUESTION

12° *La Revue Médicale* voudra-t-elle bien donner une appréciation au point de vue catholique, théologique, des conclusions suivantes, données par le docteur Léopold, au dernier congrès d'Amsterdam ? Vous rendriez des services signalés à beaucoup de vos lecteurs, j'en suis certain, et surtout à moi.

NIRE.

DES RAPPORTS DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC LA SYMPHYSÉOTOMIE, LA CRANIECTOMIE ET L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

M. LÉOPOLD (de Dresde), rapporteur, termine par les conclusions suivantes :

1° Avant terme.

Si la femme multipare a eu un ou plus d'un accouchement pénible à cause du rétrécissement du bassin, l'accouchement prématuré artificiel est indiqué, si le bassin n'est pas trop rétréci (diamètre antéro-postérieur au-dessus de 7 centimètres dans le bassin aplati, simple ou rachitique, 7 cent. $\frac{1}{2}$ dans le bassin généralement rétréci). Le moment de choix pour l'intervention est la trente-cinquième semaine de la grossesse. Pour une issue favorable il importe surtout que la poche des eaux soit conservée et que l'enfant se présente par la tête.

2° A terme.

La craniotomie est indiquée :

a) Quand l'enfant est mort et le travail n'avance plus, même si le bassin ne présente qu'un rétrécissement léger ;

b) Quand l'enfant souffre, le rétrécissement du bassin étant un obstacle pour l'accouchement spontané et la version, ainsi que l'application du forceps, étant trop dangereuse, voire inadmissible. Cette règle s'applique tout autant aux accouchements à l'hôpital qu'à ceux faits à domicile. Le danger pour la mère est trop grand pour risquer une opération césarienne ou une symphyséotomie quand on est pas sûr que l'enfant naîtra vivant ;

c) Quand l'enfant se porte bien, on ne fera dans une clinique la craniotomie que par exception. Par contre, dans le traitement à domicile, elle est indiquée si l'accouchement spontané, le forceps et la version sont exclus et la terminaison du travail est indispensable, et si l'accoucheur croit que, toute circonstance bien considérée, l'opération césarienne ou la symphyséotomie seraient trop dangereuses. Il faut que le diamètre antéro-postérieur dépasse 6 centimètres.

Dans les cas exceptionnels où des raisons de famille commandent que l'enfant naisse vivant, ne fût-ce que pour quelques minutes, il faut prendre l'avis d'un confrère sur la conduite à tenir et il faut faire part à la famille de la femme de tous les dangers qui entourent l'opération par lesquelles on pourrait sauver l'enfant.

L'opération césarienne a des indications absolues ou relatives. Dans les bassins d'un diamètre antéro-postérieur de 7 $\frac{1}{2}$ à 6 centimètres, l'indication est relative. Si le diamètre antéro-postérieur est au-dessous de 6 centimètres, l'indication est absolue.

L'opération césarienne pour avoir une indication relative exige une des conditions suivantes : il faut que l'accouchement spontané soit impossible, que la version et le forceps soient inadmissibles, que l'enfant se porte bien et que la parturiente se trouve dans une clinique ou dans des conditions tout aussi favorables quant à l'opération et aux soins à donner à l'opérée.

Quand elle ne se trouve pas dans des conditions assez favorables, la craniotomie de l'enfant vivant sera l'opération à choisir.

La symphyséotomie n'est indiquée que dans les bassins de 7 cent. $\frac{1}{2}$ à 6 cent. $\frac{1}{2}$; ses indications sont donc plus restreintes que celle de l'opération césarienne et ne comprennent pas complètement les bassins du second groupe. Avec cette restriction la symphyséotomie peut faire concurrence à l'opération césarienne ; à indication relative, elle réclame les mêmes conditions. Si ces conditions ne sont pas remplies, il faut avoir recours à la craniotomie.

Le choix de la symphyséotomie ou de l'opération césarienne, à indication relative, dépend de l'expérience de l'opérateur.

Les résultats des deux opérations, faites dans les mêmes conditions, s'égalent à peu près pour la mère aussi bien que pour l'enfant.

FORMULAIRE

PNEUMONIE CATARRHALE DES ENFANTS. — *Goodhart et Starr.*

Carbonate d'ammoniaque.....	24 grains.
Sirop de tolu.....	6 drachmes.
Eau-de-vie.....	3 —
Sirop de sénega.....	3 $\frac{1}{2}$ —
Sirop d'acacia pour.....	3 onces.

Dose : Une cuillerée à thé toutes les 2 heures pour un enfant de 2 à 3 ans.

(J. Amer. Med. Asso.)

COLIQUES. — *H. C. Wood.*

Chloroforme.....	1 $\frac{1}{2}$ drachme.
Teinture d'opium déodorisé.....	1 —
Huile de cajepout.....	1 —
Eau, q. s. pour.....	2 onces.

Dose : Une cuillerée à dessert toutes les deux ou trois heures.

(Ibid)

ESQUINANCIE. — *Miles.*

Huile d'eucalyptus.....	15 minimes.
Teinture de camphre.....	1 $\frac{1}{2}$ drachme.
Teinture de gaïac.....	3 $\frac{1}{2}$ —
Glycerine, q. s. pour.....	1 once.

(Ibid.)

NOUVELLE.

— Nous apprenons avec regret que M. le docteur A. Vallée, de Québec, est retenu chez lui pour cause de maladie.

— Nous venons de recevoir le premier numéro du *Bulletin médical*, de Québec. Nous souhaitons longue vie à notre nouveau confrère.

L'administration. — Nous rappelons à nos abonnés que *La Revue médicale* n'est pas une institution financière, donc nous serons très heureux de recevoir ce qui nous est légitimement dû. Avis à qui de droit.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Les maladies infectieuses (suite), 1re partie : tuberculose.....	105
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Tuberculose débutant par le hile du poumon. — La tuberculose des muscles, par M. Cornet (thèse de Paris). — Des hématuries dans les néoplasmes du rein, par M. Denaciara (thèse de Lyon).....	106
CHIRURGIE : Technique du traitement des fractures de la clavicule par le massage, par M. le Dr. Dagron. — Le traitement de l'urétrite. — Le testicule dans la syphilis héréditaire, par M. Seringe (thèse de Paris).....	106
GYNÉCOLOGIE : L'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale, par M. Jaboulay. — Les douleurs intermenstruelles, par Fassina.....	108
OBSTÉTRIQUE : Diagnostic différentiel entre la phlébite et la lymphangite pelvienne dans l'état puerpéral. Pronostic et traitement. Forme légère et peu observée de lymphangite génitale, par le Dr. Thomas. — L'infection puerpérale traitée par le froid, par G. Bréhier (thèse de Paris). — De la grossesse extra-membranaire.....	109
DERMATOLOGIE : De l'herpès génital, par M. Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis.....	111
THERAPEUTIQUE : Traitement des épistaxis par traction sur le frein de la langue. — Le bromure et l'iodure de strontium contre la maladie de Basedow chez les enfants.....	112
QUESTIONS ET REPONSES.....	112
FORMULAIRE.....	112
REVUE DES LIVRES.....	112
NOUVELLE.....	112

Travaux Originaux

Les maladies infectieuses

(Suite. — Voir le n° 12.)

1re PARTIE

TUBERCULOSE

Il appartient à la médecine française la gloire d'avoir été la première à découvrir la véritable nature de la tuberculose, et c'est Laennec qui, par ses immortels travaux, osa attaquer la vieille doctrine avec toute la hardiesse de son génie vigoureux.

L'école de Broussais prétendait que le tubercule était un reliquat de pneumonie chronique, une sorte de nodule inflammatoire, mais Laennec, le premier, se basant sur des faits nombreux et significatifs, affirma que la tuberculose était une maladie due à un parasite évoluant dans l'organisme, en vertu de certaines lois que plus tard Pasteur devait nous faire connaître.

Villemin, en 1868, donna à l'Académie de médecine de Paris une communication désormais fameuse. Par la méthode expérimentale, il prouva clairement l'origine microbienne de la tuberculose, et déclara que cette affection était essentiellement virulente, infectieuse et inoculable.

« Faites, dit-il, une plaie sous-cutanée derrière les oreilles d'un lapin ; introduisez dans cette plaie des fragments de tubercule, de pneumonie caséuse, ou des crachats d'un phtisique ; sacrifiez l'animal quelques semaines après et vous trouverez des granulations ou des masses tuberculeuses sous la plèvre, dans le poumon et dans d'autres organes. »

Les doctrines de Villemin causèrent une véritable révolution dans le monde médical, et bien des luttes acrimonieuses s'engagèrent en France et à l'étranger, mais la méthode expérimentale, telle que préconisée par Villemin, eut bientôt raison de toutes ces discussions, et établit d'une manière définitive la nature contagieuse et infectieuse de la tuberculose.

Koch, le grand bactériologiste allemand, se servant des procédés de culture imaginés par Pasteur, découvrit en 1882 un bacille se présentant au microscope sous forme d'un bâtonnet, grêle, très droit, et long de trois à quatre millièmes de millimètre. Ce microbe, qui n'a de l'analogie qu'avec celui de la lèpre et du smegma préputial, fut appelé bacille de Koch.

Cette découverte eut un retentissement considérable, et montra d'une manière victorieuse que les idées de Laennec et de Villemin étaient les seules qui, de toutes ces discussions, devaient survivre comme étant l'expression exacte et réellement scientifique de la nature véritable de la tuberculose.

L'existence, amplement prouvée, du bacille tuberculeux porta un coup funeste à l'éternelle question de l'hérédité.

Sans admettre ce fameux principe de Peter " qu'on ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable ", principe certainement trop absolu, les auteurs modernes déclarent que la tuberculose n'apparaît pour la plupart des cas que chez les personnes possédant une prédisposition spéciale à contracter cette maladie, soit par cause constitutionnelle, comme l'anémie, la chlorose, etc., soit par cause accidentelle, comme la misère, le surmenage, etc.

Un enfant, né de parents tuberculeux, n'est pas nécessairement voué à la même maladie qu'ont contractée les auteurs de ses jours, mais il héritera d'eux d'un terrain tout à fait propice à la culture du bacille tuberculeux, il portera en lui la semence qui pourra germer plus tard, sous les causes les plus diverses.

Il est admis aujourd'hui que la tuberculose n'est pas une maladie héréditaire ; cependant on a rapporté plusieurs cas de tuberculose congénitale, de fœtus héritant d'une tuberculose latente, mais pouvant évoluer très rapidement.

Les bronchites répétées, les pneumonies, les pleurésies, toutes ces maladies qui affaiblissent et désorganisent profondément le poumon et en troublent ses grandes fonctions, sont autant de causes qui développent la tuberculose dans un terrain déjà prédisposé.

Dujardin-Beautmetz a dit avec raison : *tout pleurétique est un candidat à la tuberculose*, et nous pouvons en dire autant des pneumonies et des bronchites opiniâtres.

Par suite de cette faiblesse ou de cette désorganisation due, soit à une cause constitutionnelle, soit à une cause accidentelle, le manque de force vitale, l'irrégularité dans le fonctionnement de ce phénomène *microbicide* qu'on appelle la *phagocytose*, prédispose à la phtisie, et comme les moyens de contagion sont nombreux, il arrive que toute personne, ayant déjà un terrain si bien propice à la culture de ce microorganisme, parcourt rapidement toutes les phases de cette affection, et atteint bientôt au terme fatal, à la phtisie ou consommation qui est la phase ultime de la tuberculose.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

Tuberculose debutant par le hile du poumon.

M. E. RONDOT (de Bordeaux), étudiant les manifestations initiales de la tuberculose pulmonaire dans la région du hile, montre que les premiers signes peuvent se cantonner dans cette zone, avant l'apparition des manifestations vers les sommets des symptômes de la période de germination de Grancher.

Ce sont des bruits adventices, constitués par des râles bullaires, traduisant ce processus d'infiltration bronchique sous-épithéliale qu'à presque toujours rencontré Birch-Hirschfeld sur les foyers de tuberculose surpris dès leur première période chez des sujets morts subitement avec les apparences de la santé.

Ils peuvent subsister pendant longtemps sans signes de condensation du tissu pulmonaire, et se montrent d'une façon transitoire à la suite des injections de la tuberculine d'épreuve ou de l'administration de l'iode de potassium.

Dans le cours d'une phtisie confirmée, les symptômes physiques se localisent parfois dans cette même région, comme on peut l'observer au cours de certaines tuberculoses d'origine traumatique ou bien chez les diabétiques, ou quand les lésions sont masquées par un emphysème généralisé.

Enfin l'extension du processus est susceptible de se montrer en premier lieu à la région du hile du poumon sain, lorsque l'autre poumon est déjà le siège de lésions avancées.

L'existence de ces signes a toujours été relevée en dehors de ceux qui se rapportent à l'adénopathie trachéo-bronchique, avec lesquels ils peuvent se rencontrer.

(Abeille médicale).

La tuberculose des muscles.

Par M. CORNET (Thèse de Paris).

Le bacille de la tuberculose peut se localiser primitivement dans un muscle sans qu'il soit possible d'invoquer une propagation de proche en proche venant d'un foyer voisin, osseux par exemple. Il faut donc admettre une myosite tuberculeuse primitive et une myosite tuberculeuse secondaire.

D'après M. CORNET, cette affection est relativement rare.

L'infection du muscle se fait vraisemblablement dans ces cas par voie sanguine.

On a décrit (Fischer et Delorme) deux tuberculoses musculaires : la tuberculose débutant dans le tissu conjonctif interstitiel du muscle ; et la tuberculose débutant dans la fibre musculaire.

Après examen des faits, nous croyons pouvoir dire que la première de ces formes est seule bien établie.

La fibre musculaire dégénère et est détruite ici comme dans certaines atrophies physiologiques observées chez les batraciens et cette destruction est due à des phagocytes particuliers, les myophages de Metchnikoff.

Dans la tuberculose musculaire secondaire propagée, on observe des figures analogues, et le processus de disparition de la fibre contractile paraît être le même que celui indiqué plus haut.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Des hématuries dans les néoplasmes du rein.

Par M. DENACLARA (thèse de Lyon).

On peut constater la présence du sang dans l'urine à la suite des lésions les plus diverses de l'appareil urinaire et, en particulier, dans les néoplasmes du rein.

M. DENACLARA a trouvé, soit dans la littérature chirurgicale, soit dans les observations mises à sa disposition par M. le professeur Poncet, 409 cas de néoplasmes des reins. Chez ces 409 malades, l'hématurie avait été notée 146 fois ; elle est moins fréquente chez les enfants que chez les adultes et, chez ces derniers, elle est plus souvent précoce.

L'hématurie est spontanée, fréquente, abondante, intermittente. Elle apparaît parfois à la suite d'un traumatisme, le plus souvent sans cause appréciable.

L'âge moyen des sujets était de 2 à 5 ans et de 50 à 70 ans.

L'hémorragie peut être précoce, c'est-à-dire, comme l'avait noté M. le professeur Poncet dans plusieurs observations, apparaître plusieurs années avant toute lésion rénale apparente.

Quelle en est à ce moment la pathogénie ? Il est difficile de le dire ; elle semble devoir être uniquement rattachée à des phénomènes congestifs du côté des reins. Lorsqu'une tumeur existe, l'hématurie reconnaît naturellement la même cause que dans tout organe atteint de néoplasie.

L'hématurie est un signe précieux de diagnostic ; elle peut cependant manquer dans un tiers des cas chez les adultes, dans plus de la moitié chez les enfants. Elle est incapable de renseigner d'une façon précise sur le siège, la forme et la date d'évolution de la tumeur.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Technique du traitement des fractures de la clavicule par le massage.

Par M. le Dr. DAGRON.

L'articulation de l'épaule est celle qui possède les mouvements les plus étendus ; aucun mouvement ne lui est étranger : il existe des mouvements de propulsion, de rétropulsion, d'adduction, de rotation en dedans et en dehors, de circumduction. Le masseur doit connaître ces mouvements, et leurs limites pour les exécuter sur le patient, doucement et bien progressivement chaque jour, en ne laissant jamais retomber brusquement le membre supérieur. La sensibilité aux mouvements passifs varie suivant les sujets : certains alcooliques endurcis n'accusent jamais de douleur ; en revanche, certains nerveux se contractent pour résister au moindre mouvement ; d'autres enfin, ne peuvent se défendre d'exécuter des mouvements actifs qui gênent l'opérateur. Ce sera pour eux une nouvelle éducation qui durera trois ou quatre jours. Il sera toujours bon d'observer la physionomie du malade à la limite des mouvements passifs ; elle manifesterait souvent mieux que tout avis la douleur ressentie par le patient.

Pour que l'opérateur soit lui-même dans les meilleures conditions pour éviter la fatigue, il aura le soin de placer l'avant-bras en flexion sur le bras : le levier sera ainsi moins lourd ; il sera de plus coudé et les mouvements à exécuter seront moins pénibles pour le masseur pendant les mouvements passifs, pour le malade pendant les mouvements actifs.

Dès le premier jour nous exerçons l'articulation de l'épaule en pratiquant des mouvements d'articulation du bras en avant et en arrière, en l'écartant légèrement du corps ; le lendemain et les jours

suivants on augmente l'étendue de ces mouvements et on exécute des mouvements de rotation externe et interne. Les mouvements les plus pénibles dans la fracture de clavicule sont ceux de propulsion et de rotation en dedans. Aussi le malade gagne très facilement la limite des mouvements en arrière : c'est dans la propulsion que les fragments ont des tendances au chevauchement : le talent du masseur consistera donc à exagérer ce mouvement pendant la première partie du traitement. Les mouvements de circumduction ne s'exécutent que vers le 20e jour après consolidation de la fracture.

Les mouvements passifs ne devront pas s'adresser seulement à l'épaule : il ne faut pas oublier que le coude doit être mobilisé, car le membre supérieur sera pendant quelques jours placé dans une simple écharpe, l'avant-bras en demi-flexion sur le bras : on fera aussi exécuter des mouvements de la tête et du cou, afin d'éviter des contractures du sterno-mastoïdien.

Chez l'enfant, ces manœuvres doivent être exécutées avec beaucoup de soin : nous conseillons d'éviter le massage de la fracture, de masser très peu le système musculaire, mais en revanche d'apporter tout le soin aux mouvements passifs. Grâce à son périoste épais, la clavicule fracturée présente à cet âge peu ou pas de déplacement : elle se guérit toute seule. Le rôle du chirurgien consistera à lui conserver les mouvements que possédait son membre avant l'accident.

Nous conseillons dès le premier jour de faire exécuter au malade quelques mouvements actifs, un simple balancement, un léger écartement du bras ; ces mouvements sont augmentés d'étendue chaque jour et en général seront en rapport avec les mouvements passifs : ils sont toujours limités par la douleur, et c'est pour cette raison qu'on modérera les mouvements en avant, les mouvements d'élévation et de rotation. Il sera bon dans les premiers jours de fixer le fragment externe avec une main appliquée sur l'extrémité de la clavicule.

Lorsque le malade exécutera les mouvements actifs sous la surveillance du chirurgien, il sera utile de faire contracter le muscle dans ses différentes situations ; c'est ainsi qu'on amènera les bras dans l'horizontalité en abduction, et on demandera alors au malade de contracter son deltoïde : l'effort serait trop considérable pour amener à cette horizontalité, tandis que le malade pourra souvent conserver une position qui aura été donnée par mouvement passif. On évitera ainsi le surmenage musculaire qui peut retarder la guérison du malade.

Après chaque séance de massage, nous avons l'habitude de mettre le membre supérieur en demi-flexion, l'avant-bras reposant sur une écharpe simple dont on fixe les chefs supérieurs par des épingles à la région cervicale postérieure. Le chef postérieur de l'écharpe passera devant la clavicule blessée et on recommande au malade de porter autant que possible le bras en arrière ; c'est de cette façon que la déformation sera le mieux corrigée et que les douleurs seront évitées. On préviendra le malade qu'il peut exécuter quelques mouvements de balancement dans son écharpe, qu'il peut et doit même faire remuer ses doigts et son poignet très souvent. Dès le 5e jour on lui conseille même de faire des mouvements de flexion et d'extension du coude en dehors de l'écharpe.

Au quinzième jour, la souplesse est suffisante pour que l'écharpe ne soit plus appliquée contre la peau ; on la place sur le vêtement ; le malade peut ainsi vaquer à ses occupations s'il n'a pas un travail manuel.

Dès les premières séances de massage, le malade reconnaît l'amélioration de son état : aux contractions musculaires a succédé le repos de tout le système locomoteur, à la crainte a succédé la confiance. Ce soulagement persiste pendant plusieurs heures et le malaise réapparaît généralement la nuit à la suite d'un mouvement malheureux pendant le sommeil. Puis tout rentre dans l'ordre après

la seconde séance et le malade attend avec impatience le moment du massage.

C'est du 18e au 20e jour que se consolident les fractures de clavicule que nous soignons. C'est à ce moment qu'elles sont guéries, car notre but a été pendant ce laps de temps de conserver le mouvement du membre supérieur et la force musculaire : il faudra toutefois pendant quelque temps interdire les mouvements et les contractions exagérées (mouvements répétés trop fréquemment, soulèvement de fardeau). Mais bien souvent nos malades n'ont pas écouté nos conseils de prudence et nous pourrions citer tel bicycliste de profession qui, au 21e jour remontait à machine, au 25e jour se servait de son bras pour diriger son guidon et commençait un travail d'entraînement en vue d'un grand prix. Enfin, pendant que nous causons de ce malade, donnons un exemple de l'avenir de nos fracturés : il gagnait le grand prix de Paris sur tous les coureurs du monde entier, quatre mois après le traumatisme qui lui fracturait sa clavicule.

Dans cette description du traitement des fractures de clavicule par le massage et la mobilisation nous n'avons en vue que les variétés de la région moyenne : est-il besoin de dire que la méthode sera identique pour les fractures des deux extrémités, mais que la consolidation sera plus rapide, et que les symptômes fonctionnels disparaîtront plus rapidement.

Tous nos malades ont guéri dans le minimum de temps, sans complication, sans accident, et comme ils sont tous reconnaissants de nos soins, nous les avons observés longtemps. Nous pouvons même ajouter que beaucoup d'entre eux notés comme ayant présenté de grandes déformations, ne laisseront rien à désirer au point de vue esthétique.

(J. de méd. de Paris).

Le traitement de l'urethrite.

J. PEDERSEN recommande, dans le traitement de cette affection, le protargol en solution à $\frac{1}{2}$ et 1 %. D'après lui, cette solution est la meilleure, elle n'irrite pas l'urèthre et possède un pouvoir bactéricide énergique. Les gonocoques disparaissent dans le pus, deux jours après l'application de cette solution de protargol à 1 %. Les injections doivent néanmoins être continuées à des intervalles de plus en plus éloignés.

L'auteur recommande de terminer le traitement par quelques injections d'une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 %.

Unna insiste sur la nécessité de faire les injections toutes les deux heures, la nuit aussi bien que le jour. Il faut continuer ainsi, jusqu'à ce que la " goutte du matin " ait complètement disparu. La semaine suivante, le Dr. Unna conseille de pratiquer les injections toutes les trois heures, jour et nuit. Si l'affection est bénigne, on peut naturellement espacer davantage les injections. La formule employée par Unna est la suivante :

Sulfo-carbonate de zinc.....	1
Résorcine.....	4
Eau de fenouil.....	20

O. Werler se sert de citrate d'argent en solution aqueuse. Ce remède possède : 1° un pouvoir bactéricide très grand ; 2° ses solutions aqueuses, utilisées en injections, n'ont aucune action irritante sur la muqueuse uréthrale, ne causent aucune douleur. Le citrate d'argent agit sur les gonocoques, tout en respectant la muqueuse uréthrale. Voici quelques points de pratique que recommande l'auteur : 1° les injections doivent être commencées aussitôt que le malade s'aperçoit qu'il est atteint ; et cela non pas seulement pour détruire les gonocoques, mais aussi pour assurer l'antisepsie du canal ; 2° les injections doivent être pratiquées quatre ou cinq fois par vingt-quatre heures et être continuées, en en diminuant le nom-

bre, pendant deux ou trois semaines, au bout desquelles on ne pratiquera plus qu'une seule injection, le soir ; 3° la quantité à prescrire est de 3 grammes à 3 gr. 5 de citrate d'argent ; 4° l'injection doit être gardée de dix à quinze minutes ; 5° on fera bien de prendre l'injection en la chauffant un peu, afin qu'elle soit tiède. On n'a qu'à tremper pour cela la bouteille où se trouve la solution dans de l'eau chaude.

Dans le traitement de l'épididymite, J. Clifford Perry, de New-York, recommande l'emploi du gaiacol. L'application locale de gaiacol donne de bien meilleurs résultats que les anciens traitements. Ce remède fait disparaître rapidement la douleur ; il active l'absorption de l'exsudation inflammatoire et permet au malade de reprendre le cours de ses occupations à très bref délai. Les effets calmants du gaiacol se font sentir une demi-heure après son application et sont particulièrement remarquables quand il s'agit d'une épididymite due à une gonorrhée ou à un traumatisme. L'auteur applique la valeur de 1 centimètre cube de gaiacol pur sur le cordon du côté malade et badigeonne le scrotum sur l'épididyme enflammé avec 2 centimètres cubes d'une mixture contenant 1 partie de gaiacol et 2 parties de glycerine. Ce remède ne produit pas de brûlure sur la peau. On doit faire deux applications du remède par jour, matin et soir. L'expérience a montré à l'auteur que quatre ou cinq applications sont suffisantes pour juguler l'affection, et qu'il arrive même parfois qu'une attaque d'épididymite avorte quand on commence à temps le traitement.

(Journal de méd. de Paris)

Le testicule dans la syphilis héréditaire.

Par M. SERINGE (Thèse de Paris).

On connaît bien aujourd'hui l'orchite interstitielle qui peut apparaître comme manifestation précoce, voire congénitale, ou comme manifestation tardive de l'héredo-syphilis ; on sait qu'elle peut aboutir à la sclérose atrophique du testicule. Cette dernière peut, à titre de véritable "castration sous-albuginée", arrêter le développement général de l'enfant et créer un infantilisme acquis secondaire.

D'après M. SERINGE, dans la syphilis héréditaire, l'épididymite (associée à l'orchite ou isolée), signalée seulement dans quelques observations purement cliniques, existe bien au point de vue microscopique ; ce point de la question, signalé à l'étranger, n'a pas encore été étudié : on trouve, à la coupe, des lésions d'épididymite interstitielle analogues à celles du testicule, caractérisées par une prolifération de cellules conjonctives de nouvelle formation dans l'intervalle des sinuosités du canal épидидymaire et plus particulièrement le long et autour des vaisseaux où elles constituent des espèces de petites gommés microscopiques.

L'orchi-épididymite existe aussi bien dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise de l'enfance.

L'hydrocèle vaginale, considérée jusqu'à présent comme une rareté dans la sarcocèle héredo-syphilitique, existe dans près du quart des cas.

Les gommés, non pas seulement microscopiques, mais encore les gommés volumineuses, existent dans la sarcocèle héredo-syphilitique, mais ces dernières sont rares. Le fongus est une rareté. Le canal déférent est quelquefois atteint dans la syphilis héréditaire.

Les arrêts de développement du testicule et les ectopies testiculaires relèvent souvent de l'hérédité syphilitique au même titre que des hérédités infectieuses ou toxiques (tuberculose, alcoolisme, hérédité nerveuse). Ils peuvent, aussi bien que l'infantilisme général, relever de la syphilis acquise de l'enfance.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

L'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale.

Par M. JABOULAY.

Cette opération a pour but de laisser la cavité péritonéale et les anses intestinales à l'abri de toutes les manœuvres qui aboutissent à l'ablation d'un utérus fibromateux ou cancéreux, et de réaliser d'emblée une hémostase parfaite, en pleine sécurité.

Elle comprend les temps suivants :

1° La laparotomie sous-ombilicale médiane jusqu'au péritoine exclusivement ; l'incision descend sur le pubis.

2° L'opérateur enfonce la main en dehors de la vessie sous le péritoine qu'il décolle et récline de façon à pénétrer dans le ligament large ; le décollement se poursuit dans son épaisseur, et l'uretère est reconnu d'abord, ainsi que l'artère utérine ; celle-ci est liée. En remontant plus haut, on arrive toujours sur le péritoine, vers les parties profondes de l'ovaire et de la trompe. L'anastomose de l'artère utéro-ovarienne et de l'utérine est cherchée et liée encore. Si le ligament rond gênait ces manœuvres (ce que nous n'avons pas rencontré), il serait sectionné lui aussi dans sa portion sous-péritonéale et rendu libre de ses connexions avec le canal inguinal.

La même manœuvre est répétée pour le ligament du côté opposé, en pénétrant toujours dans son épaisseur, en avant et dans le voisinage de la vessie ; mêmes recherches des organes et mêmes ligatures qui seront aussi appliquées sur les veines qui donnent du sang. Pour bien séparer l'utérus de la vessie, il faut pénétrer dans l'épaisseur du ligament large au-dessus du cordon de l'artère ombilicale et récliner celui-ci en bas et en avant. Le doigt profite de ce décollement du ligament large pour aller en bas au contact du vagin ; avec les ciseaux on ouvre les culs-de-sac pour libérer le col utérin de ses attaches en totalité ou en partie.

Cependant, nous avons aussi procédé autrement : l'hémostase faite dans un ligament large, le vagin est ouvert aux ciseaux, le col attiré avec la pince de Museux, et c'est après le renversement de bas en haut de l'utérus, le col en haut, que j'ai fait le décollement et l'hémostase du ligament large opposé, puis la ligature des annexes et leur excision.

2° Cette dissection des ligaments larges étant opérée, le péritoine ayant toujours été respecté, le col utérin est saisi avec une pince à utérus, et attiré hors du ligament large en avant et en haut par un côté, celui où se trouve l'opérateur, ou bien sur la ligne médiane. Le reste de l'utérus vient ensuite détachant progressivement ses adhérences d'avec le voisinage, d'avec ses vaisseaux, et il ne lui reste plus de contact intime qu'avec les annexes qui sont liés et excisées et le péritoine du fond de l'organe. On continue avec le doigt ce décollement, et l'on peut arriver à avoir la matrice entière avec une petite couverture séreuse. Parfois la séreuse se déchire transversalement et ouvre la voie de sortie aux anses d'intestin grêle qui sont facilement maintenues. En cas d'adhérences épiploïques ou autres, il serait facile d'en venir à bout, après l'ouverture tardive du péritoine pelvien ; la cavité péritonéale ne reste pas exposée à l'infection aussi longtemps que lorsque, après leur destruction, il faut procéder aux manœuvres d'extirpation de l'utérus. L'ouverture transversale de la séreuse est suturée, et l'anfractuosité sous-séreuse a dans le vagin une voie d'écoulement facile qui, par sa facilité même, protège le péritoine sus-jacent.

Ce procédé, nous l'avons employé aussi pour les opérations qui demandent avec le sacrifice de l'utérus, celui des annexes enflammées ou atteintes de tumeurs ; dans ces cas encore, la mobilisation préalable de l'utérus et l'hémostase du petit bassin assure une plus

grande simplicité aux manœuvres intra-péritonéales que nécessiteront les maladies des trompes, des ovaires ou du fond de la matrice.

C'est se conformer au mode de développement embryologique de l'utérus et se rappeler qu'il est un organe à développement sous-séreux, que de suivre le procédé opératoire que nous proposons aujourd'hui après l'avoir employé avec succès.

(Lyon médical).

Les douleurs intermenstruelles.

Par FASSINA.

Chez nombre de femmes, réglées à date fixe, il se produit régulièrement vers le milieu de chaque espace intermenstruel, un ensemble de phénomènes constituant une symptomatologie à peu près constante et dont les caractères dominants sont les suivants :

Une douleur plus ou moins vive siégeant soit dans la région ovarienne, soit dans l'hypogastre et survenant périodiquement tous les mois, 12 à 15 jours après les dernières règles.

Parallèlement à la douleur, apparition par le vagin de pertes blanches, glaireuses, quelquefois rosées ou de leur exagération si elles existaient déjà, ou d'un écoulement liquide, hydroorrhéique, souvent même d'un écoulement franchement hémorragique.

Cette crise dure environ deux ou trois jours, rarement elle se prolonge jusqu'à la période menstruelle suivante. Elle affecte soit la forme aiguë, franche, celle pour laquelle la malade vient consulter, soit la forme atténuée, qui est souvent méconnue si l'on ne la dépiste pas.

La régularité, la périodicité des accidents sont la caractéristique de la crise. Quant à la douleur, elle ne présente ni les caractères de la salpingo-ovarite, ni l'acuité de la pelvi-péritonite ou de l'ovariologie, et n'offre aucune des localisations anatomiques de la névralgie lombo-abdominale.

Lésions très légères des organes génitaux et particulièrement de l'ovaire chez des prédisposées nerveuses, tels sont les facteurs qui semblent dominer l'étiologie de la crise intermenstruelle.

Qu'il s'agisse d'une ovulation récurrente douloureuse, ou d'une menstruation surnuméraire, comme on l'a supposé, on peut admettre qu'il se fait du côté de l'ovaire une poussée congestive déterminant par réflexe dans l'utérus un trouble vaso-moteur. Ainsi pourraient s'expliquer et la douleur ovarienne et l'écoulement muqueux, liquide ou hémorragique.

Le traitement consiste à combattre la douleur par les narcotiques et les nervins, et les phénomènes congestifs par les antiphlogistiques. Toute intervention capable d'augmenter l'irritabilité de l'utérus doit être rejetée.

(Journal de méd. et de chir. prat.)

OBSTÉTRIQUE

Diagnostic différentiel entre la phlébite suppurée et la lymphangite pelvienne dans l'état puerpéral. Pronostic et traitement.

Forme légère et peu observée de lymphangite gonitale.

Par le Dr. THOMAS.

Est-il possible de différencier une affection du réseau lymphatique d'une phlébite pelvienne par la simple exploration interne, sans considérer les autres facteurs, la marche de la température, et l'augmentation de volume de la rate.

La solution de ce problème serait un grand progrès, le diagnostic s'établirait bien plus tôt, la courbe thermique et le gonflement de la rate demandant au moins une semaine d'observation avant de fournir une indication,

Dans les lymphatiques vaginaux, le groupe supérieur nous intéresse le plus ; il se réunit à la base des ligaments avec ceux du col et du segment inférieur de l'utérus. Les deux groupes intimement unis aux vaisseaux utérins cheminent derrière l'uretère dans le ligament large jusqu'aux parois latérales du bassin où ils forment les ganglions iliaques. Ceux-ci se composent de trois petits ganglions, le supérieur à l'angle des artères iliaques externes et hypogastriques, repose sur la veine iliaque externe, le moyen qui siège dans le petit bassin devant l'artère hypogastrique à hauteur de l'insertion du ligament large au bassin, l'inférieur se trouve sur le côté du rectum dans l'angle formé par l'artère vaginale et l'artère honteuse interne ; il reçoit les lymphatiques de la portion moyenne du vagin. A la périphérie du col un riche réseau forme un plexus qui occupe tout le tissu cellulaire du Douglas et se résout en gros vaisseaux qui accompagnent les artères utérines.

En arrière montent deux gros troncs, l'un longe l'utérus, vers la corne, se réunit aux lymphatiques du ligament rond qui se rendent à l'aîne et, d'autre part, aux lymphatiques du corps utérin et des annexes qui se dirigent vers les ganglions lombaires devant la veine cave inférieure sous les vaisseaux rénaux.

Il paraît impossible de différencier après cet examen la phlébite de la lymphangite, les deux ordres de vaisseaux étant si intimement unis.

Reckleinghausen a montré les rapports intimes existant entre le système lymphatique et le tissu cellulaire, nous pouvons en conclure la tendance des lymphangites à se propager vers le tissu cellulaire. D'autre part, nous savons que la phlébite procède par bonds, par métastase, alors que la lymphangite s'étend de proche en proche.

Le tableau de la phlébite est caractéristique : apparition rapide d'une tuméfaction en cordon douloureux circonscrit dans le voisinage d'une veine, en dehors de l'utérus ou des ligaments, par exemple, dans les régions de la veine spermatique ou de l'iliaque externe, que cette tuméfaction existe seule ou soit liée à une infiltration des ligaments. La distinction est plus difficile dans ce dernier cas ; les deux affections phlébites et lymphangites étant combinées. D'ordinaire, la phlébite laisse le Douglas libre, même en cas d'infiltration étendue, tandis que cette région est vite entreprise dans la lymphangite, même en cas d'affections de longue durée ; dans la pyémie, l'affection primitive reste localisée.

Dans l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, la marche est bien différente. Après deux ou trois semaines, le gonflement a notablement diminué, ou dans les cas graves, il s'est étendu à tout le ligament jusque dans le bassin et fait une forte saillie dans le vagin. La fièvre s'abaisse pour reprendre avec la marche envahissante de l'infiltration vers le Douglas et le ligament large de l'autre côté. Il est rare que la lymphangite offre une marche rapide et entraîne la mort. L'apparition rapide de péritonite n'offre aucune difficulté diagnostique.

Lucas-Championnière a le premier signalé une forme de lymphangite pelvienne assez fréquente ; plus tard Siredey et Schröder l'ont mentionnée également. Il se produit une tuméfaction, circonscrite tout contre l'utérus, le plus souvent en dessous de l'angle tubaire près du cervix au point d'émergence des gros troncs lymphatiques ou un peu plus loin dans le ligament. Si l'on traite soigneusement ces cas par le repos au lit, la diète, les laxatifs légers et l'emploi des simples irrigations vaginales, la guérison survient assez rapidement. En dehors de la fièvre, il y a peu de symptômes douloureux, la douleur spontanée n'existe pour ainsi dire pas ; seul, l'examen digital fait découvrir une sensibilité anormale à la pression. Parfois cette sensibilité existe seule sans infiltration marquée. Si l'attention du médecin n'est pas éveillée, l'affection suit son cours jusqu'à ce que les douleurs surviennent. On attribue alors la fièvre

à la montée du lait ou à des lochies plus ou moins odorantes jusqu'à ce que les phénomènes douloureux du bas-ventre provoquent un examen qui découvre une infiltration étendue du ligament. Ceci démontre l'importance du toucher vaginal et l'examen de ce point spécial sitôt l'apparition de la fièvre après les couches. Il peut arriver que, malgré des soins attentifs, l'infiltration s'étende.

Dans le cas de rétention placentaire, le curetage doit se faire aussitôt ; s'il y a putridité des lochies sans rétention, les irrigations intra-utérines suffiront. Si l'inflammation s'est étendue aux lymphatiques du ligament, on doit se garder pendant l'état aigu des irrigations vaginales. L'application de vessies de glace et d'onguent gris, plus tard des cataplasmes, tel doit être le seul traitement du début. Quand la fièvre est tombée, irrigations vaginales, bains de siège, tampons à l'iode de potassium ou à l'ichtyol.

Dans un cas de phlébite purulente, Freund a fait sans succès la résection des veines spermatiques, thrombosées et remplies de pus. Décès deux jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva un caillot s'étendant jusque dans la veine cave inférieure ; la veine spermatique du côté opposé renfermait aussi un caillot purulent.

(Gazette de gynécologie).

L'infection puerpérale traitée par le froid.

Par G. BRÉHIER (Thèse de Paris).

Parmi les nombreux traitements qui ont été préconisés, ces dernières années, contre l'infection puerpérale, figure l'hydrothérapie, la médication par le froid. M. BRÉHIER étudie les indications et les contre-indications de la réfrigération, et s'efforce de préciser les formes où la médication par le bain froid est indiquée.

L'hydrothérapie n'est pas un remède spécifique de telle ou telle forme de l'infection. Elle s'adresse surtout aux éléments fièvre et dépression nerveuse. On a tout avantage à la substituer aux antipyrétiques ordinairement employés. Mais les meilleurs résultats sont obtenus dans les infections généralisées. Dans les infections localisées, le traitement hydrothérapique ne peut être considéré que comme adjuvant du traitement chirurgical qui s'impose le plus souvent.

La *phlegmatia alba dolens* est une contre-indication formelle. La péritonite généralisée aiguë ne retirera pas de bénéfice du traitement.

On devra commencer l'hydrothérapie le plus tôt possible, dès que l'on aura constaté l'insuccès des moyens ordinaires, tels que curetage, injection intra-utérine, irrigation continue, etc.

On peut appliquer le froid soit localement, soit généralement. Les applications locales sont connues depuis longtemps (vessie de glace). Les applications générales consistent dans le bain froid et dans l'enveloppement. Le bain peut être primitivement froid, à 18° ou 20° ; on y plonge la malade quand le thermomètre dans l'aisselle indique 39° ou au-dessus. Pendant le bain, affusion froide sur la région, et friction vigoureuse sur le corps avec une éponge ; quand survient le frisson, environ 12 ou 15 minutes après, on cesse le bain, on essuie rapidement la patiente et on la roule dans une couverture.

La température du bain peut être d'abord un peu plus élevée, 24° environ, et quand la malade est plongée dans l'eau, on l'abaisse peu à peu jusqu'à 20°.

L'enveloppement est plus pratique et plus simple ; un matelas étendu par terre suffit à la rigueur, si l'on n'a pas un second lit. On prend un drap ordinaire, que l'on immerge dans de l'eau froide, et après l'avoir étreint, on l'étend sur une couverture placée sur le matelas ; la malade est alors transportée nue de son lit sur le drap

mouillé dans lequel on l'enveloppe complètement, la figure seule reste découverte ; on relève ensuite la couverture sur le drap et le sujet reste enveloppé 10 ou 15 minutes.

Les effets observés chez les accouchées qui ont suivi ce traitement ont été les suivants : la température s'est abaissée ; le système nerveux a été remonté ; la circulation a été régularisée, le cœur tonifié ; enfin la dépuraction urinaire a été singulièrement favorisée.

Malgré les bons effets du traitement hydrothérapique, il sera prudent de ne pas cesser la médication ordinaire, et en particulier les injections de sérum artificiel à la dose de 500 à 1000 grammes en 24 heures rendront les plus grands services.

(Gaz. heb. méd. et chir.)

De la grossesse extra-membraneuse.

Dans la grossesse normale, l'œuf doit évoluer dans la cavité constituée par l'amnios et le chorion. D'après M. GLAIZE, il faut admettre l'existence d'une forme rare de grossesse (13 cas) dans laquelle le fœtus se développe soit en dehors de l'amnios dans la cavité chorale, soit en dehors de l'œuf, entre l'œuf et la paroi utérine ; c'est à cette grossesse qu'il donne le nom de grossesse extra-membraneuse.

1° *Grossesse extra-amniotique*. — L'amnios peut se rompre prématurément et isolément, le chorion restant intact ; il se détache alors du chorion, se rétracte en vertu de son élasticité, et se réduit à une poche plus ou moins aiguë. Aucun symptôme ne vient révéler ce phénomène dont on constate l'existence seulement après l'accouchement, à l'examen du délivre. La rupture se fait d'ordinaire à la fin du premier trimestre de la grossesse. Le fœtus passe dans la cavité chorale où il continue à se développer ; quelquefois l'amnios, en se rétractant, enserre l'embryon et lui imprime des malformations diverses, il se forme des adhérences ou des brides amniotiques entraînant souvent des amputations congénitales.

L'accouchement et la délivrance se font normalement.

2° *Grossesse extra-ovulaire ou retro-membraneuse proprement dite*. — Il peut survenir une rupture prématurée intéressant à la fois l'amnios et le chorion. Au niveau de la rupture, les membranes se soudent par un processus de cicatrisation ; puis elles se rétractent, réduisant la cavité de l'œuf à une poche rudimentaire.

Le placenta est toujours marginé. La cause de cette rupture et des phénomènes qui l'accompagnent, rétrécissement de l'aire chorale et de la poche ovulaire, margination du placenta, est toujours l'endométrite déciduale.

Le fœtus abandonne la poche ovulaire insuffisante pour le contenir, et tombe dans la cavité utérine, où il peut continuer son évolution plus ou moins longtemps ; il devient extra-membraneux ; si son évolution peut être normale jusqu'au moment du travail, pendant l'accouchement, l'absence de liquide amniotique l'expose à subir des impressions très fortes du fait de la contraction utérine, et sa vie court de grands risques si l'expulsion n'est pas rapidement terminée.

Le seul symptôme de cette rupture prématurée est une hydorrhée amniotique persistante ; les eaux s'écoulent pendant de longs jours, mélangées de sang, c'est là le seul élément de diagnostic que l'on possède.

La mère est incessamment sous le coup de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, mais par un traitement approprié (repos absolu au lit, abstention du palper et du toucher, lavement laudanisé, teinture de *Viburnum prunifolium*), on peut prolonger la grossesse et permettre au fœtus de naître viable.

(Gaz. heb. méd. et chir.)

Dermatologie

De l'herpès génital.

Par M. GAUCHER (à l'Hôpital Saint-Louis).

Nous avons étudié, Messieurs, l'herpès de cause interne et l'herpès à pathogénie nerveuse, nous allons étudier aujourd'hui l'herpès de cause externe dont l'étiologie est particulière. Il est infectieux, contagieux ; mais dans bien des cas, il peut être dû à une irritation extérieure banale. Chez certains sujets prédisposés, un contact inoffensif, un simple baiser suffit à le provoquer ; chez d'autres, ce sont les fruits, particulièrement les fruits huileux comme encore la noix ; chez d'autre, ce sont les aliments épicés, le vinaigre, le poivre, tous les aliments dits excitants, qui sont capables de donner de l'herpès. Quoi qu'il en soit, l'herpès de cause externe ne naît pas indifféremment chez tous les individus, il faut une susceptibilité particulière pour le contracter, il faut un terrain spécial, c'est le terrain arthritique, et nous avons ici une nouvelle preuve de l'influence de la constitution sur le développement des éruptions cutanées.

Cet herpès peut exister sur tous les épidermes minces, sur le pourtour des orifices naturels, sur les semi-muqueuses, sur les muqueuses même, les bords et la pointe de la langue par exemple. Partout, il présente les mêmes caractères, le même diagnostic que l'herpès fébrile, l'herpès de cause interne. Mais l'herpès de cause externe présente un siège particulier plus fréquent et plus important à cause des erreurs de diagnostic auxquelles il peut donner lieu, je veux parler de l'herpès génital. Chez l'homme, il occupe particulièrement le prépuce et le sillon balano-préputial, plus rarement le gland et la peau de la verge. Chez la femme, il siège surtout sur les grandes lèvres, sur la face externe et interne des grandes lèvres, sur les petites lèvres, sur la fourchette, en somme sur les organes génitaux externes, parfois sur le périnée jusqu'à l'anus ; d'autre part, il peut pénétrer dans le vagin jusqu'au col utérin, ce qui est rare ; et, en dehors, il peut aller jusqu'au pli inguino vulvaire et jusqu'au pubis.

Les causes de l'herpès génital sont multiples. Si on laisse de côté l'herpès fébrile, l'herpès de cause interne à localisation génitale, les causes de cet herpès sont tantôt infectieuses, tantôt une irritation simple. Chez l'homme, l'herpès naît du coït, tantôt avec une femme atteinte elle-même d'herpès, tantôt, sans que la femme ait de l'herpès, par une irritation provoquée par le coït, surtout par l'excès de coït, ou par le contact des sécrétions génitales de la femme. Tous les cas d'herpès préputial sont sous la dépendance d'un état constitutionnel : il y a des hommes qui ont de l'herpès presque à chaque coït, quand ils changent de femme, et même avec la même femme. La cause externe est provocatrice, la cause constitutionnelle est efficiente. Certains auteurs ont cru trouver la raison de cet herpès récidivant dans une affection vénérienne antérieure créant une prédisposition locale ; Diday et Doyon ont dit qu'un chancre mou contracté antérieurement favorisait l'apparition de cet herpès. C'est insuffisant comme explication, car le chancre mou chez nous est rare et l'herpès très fréquent. Parmi ceux qui ont de l'herpès génital, certains ont eu des chancres mous, la blennorrhagie et même un chancre syphilitique, parfois il y a même coexistence de l'une de ces affections vénériennes avec l'herpès génital, mais il y en a qui ont de l'herpès sans jamais avoir eu ni chancre, ni blennorrhagie.

Autre particularité intéressante de l'étiologie de l'herpès génital. C'est une affection de la jeunesse : elle apparaît de dix-huit à trente ans ; après trente-cinq ans, l'herpès récidivant est tout à fait exceptionnel.

Chez la femme, les causes de l'herpès génital sont à peu près les mêmes. C'est le coït soit simple, soit l'excès du coït. Il y a une

chose qui n'est pas rare, c'est l'apparition de l'herpès génital chez les jeunes mariées aux premiers contacts. Dans d'autres cas, comme chez l'homme, il est contagieux et provient du contact d'un homme atteint lui-même d'herpès. Autres causes : les flux leucorrhéiques chez les femmes prédisposées, l'accumulation de sébum chez les femmes malpropres ; enfin l'écoulement blennorrhagique et celui du chancre mou peuvent, comme chez l'homme, déterminer de l'herpès.

Quels sont les symptômes de l'herpès génital ? Avant l'éruption, l'individu, surtout l'homme, sujet à l'herpès, sait qu'il va avoir de l'herpès, il a des symptômes prémonitoires : c'est une sensation de chaleur, de cuisson, de prurit pendant deux ou trois jours avant l'éruption, puis l'éruption apparaît et la sensation de cuisson s'atténue ou disparaît. Cette éruption se produit : quels sont ses caractères ? Ce sont des groupes vésiculeux qui présentent les mêmes caractères que ceux de l'herpès fébrile, c'est-à-dire que ce sont des vésicules, quelques-unes isolées, mais pour la plupart groupées. Ces vésicules suivent une évolution différente suivant qu'elles sont placées sur la peau ou sur ce que j'ai appelé les semi-muqueuses constamment humides : sur la peau, surtout celle du prépuce et celle des grandes lèvres, les vésicules se dessèchent et sont remplacées par des croûtes brunâtres qui tombent au bout d'un certain temps. Cette évolution est absolument la même que celle de l'herpès fébrile. Mais, sur les semi-muqueuses, surtout sur la face interne des grandes lèvres, sur les petites lèvres, sur le sillon-balano-préputial et le gland, ces vésicules ne sont pas remplacées par des croûtes, elles s'excorient et sont remplacées par des pertes de substance, des ulcérations ou des érosions. Habituellement, ces ulcérations ou ces érosions sont simples ; quelquefois, beaucoup plus rarement, elles se recouvrent d'un léger exsudat pseudo-membraneux. Ces ulcérations présentent des caractères objectifs importants : comme les vésicules qui leur ont donné naissance, elles sont tantôt isolées, tantôt en groupes, confluentes. Les ulcérations isolées sont arrondies ou régulières, creusées à pic, à l'emporte-pièce ou à l'évidoir. Les confluentes sont réunies sous forme de plaques, dont chacune a un contour irrégulier, polycyclique, les bords sont formés par des segments de circonférence puisque la plaque résulte de la fusion de plusieurs ulcérations arrondies : ce caractère polycyclique sur lequel a tant insisté M. Fournier, est excessivement important, car, dans les cas douteux, il peut déterminer le diagnostic. Ces segments de circonférence, ces bords de la plaque sont d'ailleurs également taillés à pic, à l'emporte-pièce. Quelquefois, particulièrement sur le prépuce, sur les petites lèvres où la peau est doublée d'un tissu cellulaire lâche, il y a au-dessous de l'ulcération herpétique un léger œdème, mais cet œdème est toujours mou, très fugace, momentané. L'éruption herpétique, comme toutes les lésions cutanées, retentit sur le système lymphatique ; particulièrement dans les cas où vous avez une éruption assez confluyente, vous observerez habituellement une adénite inguinale, mais cette adénite est toujours peu marquée, toujours temporaire, elle se résout assez rapidement, quelquefois il existe une légère douleur de ces ganglions, mais jamais ceux-ci ne suppurent. Ces ulcérations, quand elles sont larges, confluentes, sont douloureuses et cuisantes, particulièrement quand elles siègent à la vulve. Ces phénomènes douloureux sont également importants, car ils peuvent aider au diagnostic. Parfois même ces douleurs affectent un caractère spécial, ce sont des douleurs cuisantes à forme névralgique ; cette forme douloureuse a été décrite autrefois par Mauriac sous le nom d'herpès névralgique. Cette forme présente, je crois, des liens de parenté avec le zona ; les terminaisons nerveuses doivent être affectées, on ne pourrait pas expliquer sans une participation nerveuse ces douleurs quelquefois intenses et persistantes de ces formes. L'herpès névralgique est d'ailleurs très rare.

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

Traitement des Epistaxis par traction sur le frein de la langue.

M. Trison indique, dans la *Revue médicale*, un moyen d'arrêter instantanément une épistaxis en appliquant sur le frein de la langue un chevalet de papier. Ce moyen consiste à prendre un carré de papier de trois centimètres et demi (trente-cinq millimètres) de côté, à le plier deux fois successivement parallèlement à un côté, enfin à le plier en deux, en forme de V qui embrasse le frein de la langue pendant que le patient fixe au palais la pointe de cet organe. Aussitôt la langue abaissée sur ce chevalet de papier, l'épistaxis s'arrête comme par enchantement.

(*Abeille médicale*).

Le bromure et l'iodure de strontium contre la maladie de Basedow chez les enfants.

M. Gillespie (d'Edimbourg) a traité avec succès par le bromure et l'iodure de strontium plusieurs enfants sourds-muets qui présentaient une tuméfaction du corps thyroïde et de la tachycardie avec ou sans exophtalmie. Ces enfants dont l'âge variait entre neuf ou quinze ans prenaient trois fois par jour 60 centigrammes d'iodure de strontium et 30 centigrammes de bromure de strontium, médication qui a eu pour effet de faire disparaître rapidement le goître et les pulsations qu'on percevait au niveau du corps thyroïde hypertrophié, de supprimer la tachycardie, la dyspnée d'effort ainsi que l'exophtalmie. Dans aucun de ces cas traités de cette façon, on n'a noté des signes de bromisme ou d'iodisme. Le bromure et l'iodure de strontium paraissent donc être préférables aux bromures et aux iodures alcalins pour le traitement du goître exophtalmique infantile.

(*Semaine médicale*.)

QUESTIONS ET REPONSES

7° La marche de la phtisie chez la femme enceinte est-elle ralentie ou accélérée ?

R. — Il existe aujourd'hui à ce sujet quatre opinions différentes :

1° *La grossesse suspend la marche de la tuberculose, elle l'améliore quelquefois.*

2° *La grossesse accélère toujours la marche de la tuberculose, et l'aggrave constamment.*

3° *La grossesse peut avoir une influence plutôt favorable pendant les premiers mois, mais elle agit comme condition aggravante pendant sa dernière période.*

4° *La grossesse tantôt accélère et aggrave la marche de la tuberculose, tantôt elle semble avoir une influence nulle et même favorable.*

La première opinion n'est plus admise de nos jours.

La deuxième opinion est à peu près celle de beaucoup d'auteurs modernes, mais elle est un peu trop absolue.

La troisième opinion est celle de Peter qui dit : " Cette aggravation de la phtisie se produit, non pas à un moment quelconque de la gestation, mais spécialement à une époque que nous avons vue être féconde en périls pour la femme atteinte de maladies de cœur, c'est-à-dire à partir du cinquième mois. " Dès le début de la grossesse, il y a bien augmentation de la dyspnée, mais les accidents deviennent surtout graves à dater du cinquième mois.

La quatrième opinion est celle qui se rapproche le plus de l'évidence des faits. Montgomery dit : " Si, au début d'une tuberculisation, une femme devient enceinte, la maladie première diminue, se calme le plus souvent pendant le temps de la gestation ; mais d'un autre côté, si la phtisie est à une période avancée au moment de la conception, l'issue fatale peut être dans certains cas accélérée. "

Voici d'autres opinions de quelques auteurs connus :

Pozzi, dans son Manuel théorique et pratique d'accouchements, dit : " L'influence de la grossesse sur la tuberculose est désastreuse. Pendant la grossesse, la femme peut succomber soit à l'épuisement, soit à la suite d'hémoptisies foudroyantes. Si elle arrive à terme, fréquemment elle meurt peu après ; si elle survit, son état reste aggravé. Chaque grossesse est pour une tuberculeuse, une étape vers la mort. "

Auvard, dans son traité pratique d'accouchements, affirme que " la plupart des phtisies sont fâcheusement influencées par la puerpéralité : grossesse, post-partum, allaitement. D'autre part, la tuberculose trouble le développement de l'enfant, qui tantôt succombe dans l'utérus, tantôt naît débile, et ne tarde pas à mourir avec des accidents convulsifs. Cette maladie se transmet à travers le placenta..... Pour une tuberculeuse ou une candidate avérée à la tuberculose, pas de mariage ; si elle se marie, pas d'enfants ; si elle devient mère, pas d'allaitement.

PAUL.

FORMULAIRE

TEIGNE TONDANTE. — Pagne.

Frictions journalières avec oléate de mercure à 5 %, sans enlever les croûtes qui se forment. Après deux semaines, après avoir enlevé les croûtes, appliquer :

Acide borique.....	6 parties.
Paraffine.....	10 —
Vaseline.....	20 —

(*Progrès médical*.)

REVUE DES LIVRES

P. OLIVIER. — Etiologie et traitement de certains troubles vocaux.

Extrait de La Parole, Paris.

F. LEQUEU. — Traitement de l'appendicite. Masson, Paris, fr. 1.25

NOUVELLE.

— Il est rumeur que M. le Dr. Merrill soit nommé agrégé de la Faculté, comme assistant de sir William Hingston, à l'Hôtel-Dieu. Nos félicitations si la rumeur est vraie.

L'administration. — Nous rappelons à nos abonnés que *La Revue médicale* n'est pas une institution financière, donc nous serons très heureux de recevoir ce qui nous est légitimement dû. Avis à qui de droit.

SOMMAIRE

	PAGE
TRAVAUX ORIGINAUX	
Documents cliniques : coryza ; polypes nasaux ; extraction suivie d'ethmoïdite ; curetage des cellules ethmoïdales ; guérison ; par le Dr. C. A. Wilson-Prévost, de New-York, ancien externe des hôpitaux de Paris.....	113
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Sur une forme chronique et prolongée d'influenza, par Nil Filatow. — Le diagnostic différentiel entre l'apoplexie hystérique et l'apoplexie organique, par M. Crocq, Bruxelles.....	114
CHIRURGIE : La hernie lombaire, par R. Dumesnil. — Conduite à tenir en cas de difficultés extrêmes à trouver le bout postérieur de l'urèthre dans l'uréthrotomie externe sans conducteur, par M. Soel (thèse de Lyon). — De l'extirpation partielle du sterno-mastoldien dans certaines variétés de torticolis chronique, par M. Reboul, de Nîmes.....	115
OBSTÉTRIQUE : Du céphalématome, par M. le Prof. Pinard. — Injections sous-cutanées de bleu de méthylène chez les femmes enceintes.....	116
GYNÉCOLOGIE : Hystérectomie vaginale pour les fibromes utérins, leçon clinique faite par M. Pozzi. — Traitement des abcès de la glande vulvo-vaginale.....	118
MALADIES NERVEUSES : Priapisme épileptique, par Féré. — La psychose puerpérale, par Alberto Vedrani.....	119
THÉRAPEUTIQUE : Traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique, méthode du Prof. Landerer.....	119
DERMATOLOGIE : De l'herpès génital, par M. Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis.....	119
LE COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES	120
FORMULAIRE	120

Travaux Originaux

DOCUMENTS CLINIQUES. (1)

Coryza ; polypes nasaux ; extraction suivie d'ethmoïdite ; curetage des cellules ethmoïdales ; guérison.

Par le Dr. C. A. WILSON-PRÉVOST (de New York).

Ancien Externe des hôpitaux de Paris.

Le 12 avril dernier, Miss Jennie X..., 27 ans, se présente chez moi. Depuis une douzaine de jours elle accuse des douleurs céphaliques, intenses et continuelles, par toute la tête, mais centralisées dans les régions occipitale et fronto-sourcillière droites, paroxystiques lorsque la tête est penché en avant. Écoulement purulent par la narine droite, nécessitant 4 à 5 mouchoirs par jour. Perte de l'appétit. Aproxexie. Sommeil troublé par des cauchemars et des réveils en soubresauts. Abattement. Mauvaise odeur perçue par la malade. Sensation de plénitude dans la partie postéro-supérieure du nez. Douleur à la pression de l'os unguis.

Le diagnostic s'impose ; il s'agit d'un empyème des cellules ethmoïdales, à marche subaiguë.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter particulièrement, si ce n'est une jeune sœur, morte à l'âge de 11 ans, ayant été sujette à des épistaxis fréquents.

Antécédents personnels. — Depuis 7 années que Miss Jennie X... habite New-York, elle souffre d'une attaque de coryza, d'une durée de 2 à 3 semaines, au moins une fois l'hiver.

Antécédents immédiats. — Au mois de novembre 1898, notre malade fait mander un médecin auprès d'elle pour une trachéite

légère, suite de coryza. Au cours de l'examen notre confrère découvre des polypes dans les deux fosses nasales. — Rendez-vous est pris, et pendant 4 mois, des interventions chirurgicales ont lieu pour débarrasser l'obstruction nasale. Tout allait bien, lorsque dans les derniers jours de mars dernier, apparaissent les symptômes décrits plus haut. La malade perd confiance dans son premier médecin ; c'est alors qu'elle m'est adressée.

Traitement : — Antiseptie. Applications locales d'une solution de cocaïne à 10 %, suivie de lavages post-nasaux avec une solution de hydrozone 25 %.

AVRIL 28. — Après une amélioration passagère, les symptômes reviennent aussi alarmants que les 1ers jours. Une consultation a lieu avec mon distingué confrère, M. Clarence C. Rice, professeur au Post Graduate School and Hospital.

MAI 1er : — Curetage des cellules ethmoïdales antérieures, fait par le Dr. Rice.

MAI 10 : — J'ai revu la malade deux fois par jour, et malgré de longs lavages antiseptiques, les symptômes primitifs ne s'amendent pas. Miss. Jennie X... est prise de découragement, et ne semble plus tenir à la vie. Le Dr. Rice avait prévu la nécessité d'une seconde intervention. Je fais moi-même ce second curetage, et avec la pince coupante, j'extraie 3 lamelles osseuses, appartenant aux cellules ethmoïdales, ayant 5 millimètres de longueur, sur 4 millimètres de largeur.

MAI 13 : — Céphalée fronto-occipale violente. Envie de vomir. Temp. Far. 100°. Iodure de potassium, 4 grammes par jour.

MAI 15 : — Amélioration notable.

MAI 20 : — Douleurs à peine perceptibles. Peu de suppuration. En explorant avec le stylet, je sens flotter une lamelle osseuse que j'extraie avec la pince ; elle mesure 4 millimètres de diamètre.

MAI 22 : — Les douleurs fronto-occipales reviennent.

MAI 24 : — La malade ne peut venir à mon bureau et me fait mander chez elle. Douleurs atroces. Tête en feu. Marche incertaine. Appétit nul. Temp. Far. 100°.

Traitement : — Iodure de potassium ; grogs ; lait.

MAI 29 : — Les symptômes se sont peu à peu amendés, et sont maintenant à peine négligeables.

JUIN 12 : — Le matin seulement, très peu de pus tombe dans la gorge. Quelques petites douleurs passagères dans la région sourcillière. Sommeil bon. Appétit excellent. La malade dit se sentir tout à fait bien, et a repris sa bonne humeur d'autrefois. Je ne la vois plus que trois fois par semaine.

JUIN 22. — Céphalée revenue hier. Cautérisation du cornet inférieur droit hypertrophié.

JUILLET 4 : — La malade ne perçoit plus de suppuration, mais à l'examen rhinoscopique antérieur, on voit un léger magna purulent dans la région supéro-antérieure de la fosse nasale droite. Douleurs disparues.

REMARQUES :

Cette observation nous enseigne les choses suivantes :

1° Au moment où les polypes ont été enlevés, il y avait manifestement un coryza. L'opération a été le coup de fouet, la cause immédiate qui a déterminé l'ethmoïdite.

(1) Parait en même temps dans le no. sept.-oct. 1899, des Archives de laryngologie, d'otologie, et de rhinologie de Paris.

2° Le second curetage suivie de l'extraction de petites lamelles osseuses, et les lavages post-nasaux avec une solution de hydrozone, ont donné de bons résultats définitifs.

3° L'iodure de potassium à hautes doses, a supprimé en 2 ou 3 jours, les céphalées intenses, consécutives aux interventions chirurgicales.

4° Miss Jennie X... qui est née en Irlande, arrive à New-York, il y a 7 ans, et contracte ici le coryza si fréquent aux Etats-Unis, cause éloignée de la présente ethmoïdite.

BIBLIOGRAPHIE

- MAYO-COLLIER. — Revue de laryng., etc. Mars 1893.
 PEGLER. — " " " "
 MAX REICHERT. — Archives de laryn., etc. Sept.-Oct. 1897.
 JOHN NOLAND MACKENZIE. — N.-Y. Med. Journal, 23 Janv. 1897.
 GUYE. — Archives de laryn., etc. Mars-Avril 1898.
 MOLDENHAUER. — Maladies des fosses nasales. 1888.
 SETH SCOTT BISHOP. — Diseases of the Nose. 1898.
 GORIS. — Indépendance médicale, 20 Juil. 1898.
 ANDRÉ CASTEX. — Maladies du laryn., etc. 1899.

Revue des journaux

MEDECINE

Sur une forme chronique et prolongée de l'influenza.

Par NIL FILATOW.

Sous le nom d'influenza prolongée, Nil Filatow comprend les cas d'influenza qui se prolongent outre mesure et dont la période fébrile dépasse de beaucoup la durée moyenne de l'influenza. Cette forme est souvent observée sans catarrhe, et elle se manifeste le plus souvent par une fièvre continue de très longue durée : dans d'autres cas l'état chronique de la maladie s'est traduit par la répétition fréquente de quelques accès courts d'influenza qui sont survenus à des intervalles variables pendant plusieurs mois. Dans le premier cas, le plus nombreux, on voit survenir dans une famille une maladie fébrile qui ressemble à l'influenza ; tout le monde est malade. Chez l'un la maladie se traduit simplement par une faiblesse générale, l'autre a des étournements et de la toux, cependant tous guérissent en peu de temps à l'exception d'un ou deux membres de la famille. Malgré la cessation de la toux, la guérison n'est pas complète ; l'anorexie et la faiblesse générale persistent. Après midi surviennent souvent des douleurs de tête et de légers frissons ; en même temps la faiblesse est si grande que les malades se mettraient volontiers au lit. Mais cet état ne persiste pas et après une transpiration plus ou moins forte tout rentre dans l'état ordinaire. La température pendant cette période d'aggravation peut s'élever jusqu'à 38 ou 38°5, mais elle tombe ensuite presque à la normale. En général la maladie ressemble à une légère malaria, mais la rate conserve son volume et l'on ne trouve pas de plasmodies dans le sang. La quinine n'exerce pas d'action manifeste sur la marche de la maladie.

L'examen du malade donne un résultat négatif, le principal symptôme est la fièvre qui ne s'explique par aucune cause locale.

Deux propriétés la caractérisent ; elle dure très longtemps, de 6 semaines à plus de 3 mois, et la température ne monte que très peu et c'est plutôt à l'augmentation de la faiblesse à certaines heures du jour et aux petits frissons qu'on reconnaît la fièvre.

Quant à la deuxième forme, les accès ne se distinguent en rien de ceux de l'influenza aiguë ordinaire ; dans quelques cas la température s'élève rapidement à 40°, dans d'autres elle reste normale. Le catarrhe bronchique fait souvent défaut, de même le frisson au début et de la sueur à la fin du paroxysme. L'accès dure de 1 à 3 jours. Comme complication, Nil Filatow a observé une seule fois un épanchement pleurétique chez une enfant de sept ans.

Le diagnostic n'est pas difficile quand l'influenza éclate dans une famille sous la forme épidémique ; il s'appuie sur l'élévation modérée de la fièvre, la marche paroxystique, la durée de la maladie et la possibilité d'exclure toutes les autres causes de fièvre. Au début, on songera surtout à la fièvre typhoïde et à la malaria, plus tard à la tuberculose miliaire. Le résultat négatif de l'examen du sang, d'après Widal, et de la recherche de la diazoreaction permet d'éliminer la fièvre typhoïde. L'absence des plasmodies a moins de valeur parce que ces organismes manquent assez souvent dans les cas prolongés de malaria traités par la quinine. Lorsque, par contre, on ne peut trouver aucune cause et que le traitement par la quinine et l'arsenic échoue, enfin que la marche n'a rien de caractéristique pour la malaria typique, l'absence des plasmodies dans le sang a une valeur considérable. On tiendra compte aussi de l'absence de tuméfaction de la rate et de tout symptôme de cachexie paludéenne.

Souvent, il est très difficile d'exclure la tuberculose miliaire, lorsque par exemple le malade est prédisposé à la tuberculose, qu'il a eu des bronchites. La maladie débute par la forme catarrhale et la toux continue ; il n'est pas facile de distinguer alors si l'on a affaire à l'influenza prolongée ou à la tuberculose. On pourra cependant éliminer la tuberculose aiguë, quand on verra l'affection atteindre d'autres membres de la même famille.

Le pronostic est, en général, bénin, mais la durée de la maladie est impossible à déterminer. Toutefois on doit être prudent sur le pronostic, car la maladie peut se compliquer de tuberculose, de pneumonie et de pleurésie.

Le traitement ne comporte pas de spécifique ; le plus important est de faire garder le lit au malade, malgré ses protestations. A l'approche de la saison chaude, le malade doit vivre à l'air libre, car il n'y a pas de remède plus efficace dans l'influenza chronique que l'air pur et tiède. L'alimentation abondante doit correspondre à l'appétit. On a donné la quinine, l'arsenic, la phénacétine, le salicylate de soude sans succès. Dans quelques cas, la maladie a paru céder à la spermine de Poehl, mais dans d'autres, ce médicament n'a donné aucun résultat. Dans la convalescence, on prescrira la campagne, l'alimentation reconstituante, le fer et les bains salés.

(France méd.)

Le diagnostic différentiel entre l'apoplexie hystérique et l'apoplexie organique.

Par M. CROOQ (Bruxelles).

Malgré les récents travaux de Charcot, Marie et Souza Leite, Achard, Brissaud, Belin, Debove, Pitres, etc., le diagnostic différentiel entre l'apoplexie hystérique et l'apoplexie organique présente souvent des difficultés énormes. Et tout d'abord, il faut bien délimiter la signification du terme apoplexie hystérique, se garder d'en élargir outre mesure la signification, comme Achard et d'autres l'ont fait, et le réserver pour désigner les cas dans lesquels il y a apoplexie véritable, c'est-à-dire : *perte de la conscience, de la sen-*

sibilité et de la mobilité, sans modification essentielle des fonctions respiratoires et circulatoires.

Dans l'apoplexie hystérique comme dans l'apoplexie organique, il y a donc ictus.

Pour différencier ces deux accidents il faut :

- 1° Examiner les antécédents du malade ;
- 2° Prendre en considération l'âge du sujet, l'état de son système circulatoire ;
- 3° S'enquérir de la cause de l'ictus ;
- 4° Étudier les manifestations morbides, voir s'il y a respiration stertoreuse, visage congestionné et vultueux, phénomènes qui, d'après Achard, ne peuvent, en aucun cas, appartenir à l'hystérie ;
- 5° Explorer la motricité, la sensibilité et les réflexes qui, d'après les auteurs, ne présenteraient pas dans l'hystérie de rapports constants ;
- 6° Distinguer la paralysie faciale véritable de l'hémispasme glosso-labé de l'apoplexie hystérique.

Ces données théoriques, qui donnent l'illusion de la facilité du diagnostic différentiel, ne suffisent pas toujours, en pratique, pour éviter la confusion. De ce qu'on a affaire, par exemple, à un hystérique, peut-on conclure que l'ictus est névrosique ? Si le sujet est jeune, non athéromateux, non syphilitique, peut-on écarter infailliblement l'apoplexie organique ? La cause de l'ictus ne peut-elle, dans l'un comme dans l'autre cas, être une émotion morale violente ? Quant à l'absence de respiration stertoreuse, de facies congestionné et vultueux, ce n'est nullement un symptôme pathognomonique de l'apoplexie organique, ainsi que les auteurs se plaisent à le répéter.

M. Crocq rapporte, à l'appui de son opinion, le cas d'une hystérique âgée de vingt-quatre ans, frappée subitement d'apoplexie, avec coma, respiration stertoreuse, congestion de la tête, hémiplegie gauche, paralysie faciale inférieure droite, paralysie de la langue, phénomènes simulant à s'y méprendre l'hémiplegie alterne de Millard Gubler par lésion protubérantielle, au-dessous de l'entrecroisement du faisceau géniculé destiné aux nerfs masticateurs, au facial et à l'hypoglosse, et au-dessus de l'entrecroisement du faisceau pyramidal. Le diagnostic était impossible jusqu'au troisième jour, époque à laquelle l'apparition de contractions spasmodiques dans le côté contracturé de la face, la contraction du côté pseudo-paralysé sous l'influence du sourire, l'anesthésie, la douleur à la pression des régions ovariennes, permirent de penser à l'apoplexie hystérique, diagnostic qui se confirma par une guérison complète au bout de dix jours.

L'examen attentif des paralysies, des anesthésies, et en particulier de la paralysie faciale, ne peut donc donner de résultat diagnostique que lorsque la période de coma est passée. Il peut même y avoir confusion par la suite ; l'auteur cite le cas d'une femme en traitement dans son service, atteinte, à la suite d'un ictus non observé, d'hémiplegie gauche avec paralysie faciale du même côté. Cette malade, entrée à l'hôpital un an après son attaque, fut considérée comme atteinte d'hémorragie de la capsule interne, jusqu'au moment où la faradisation et la suggestion amenèrent du jour au lendemain une amélioration inespérée.

Si, d'autre part, l'ictus se termine par la mort, on ne pourra pas en déduire fatalement que l'apoplexie était organique. Dans le premier cas, relaté par l'auteur, la langue paralysée retombait au fond de la gorge et gênait à tel point la respiration que l'on est en droit de croire que, si l'interne n'avait pas continuellement retiré cet organe, la malade, déjà cyanosée, se serait asphyxiée et aurait péri.

Plus récemment l'auteur a vu un jeune hystérique de seize ans, en traitement dans son service, être frappé subitement d'un ictus apoplectique avec pâleur de la face, cyanose des lèvres, respiration

stertoreuse ; la langue retombait au fond de la gorge, l'interne négligea de la retirer, la cyanose s'accrut de plus en plus, les extrémités se refroidirent et, au bout de trois heures, le malade mourut. L'autopsie ne révéla aucune lésion ; l'auteur pense que la chute de la langue dans la gorge suffit pour expliquer la difficulté croissante de la respiration, la cyanose progressive, le coma de plus en plus profond. On aurait donc tort de considérer le diagnostic de l'apoplexie hystérique comme facile et même comme toujours possible.

(La France méd.)

CHIRURGIE

La hernie lombaire.

Par R. DUMESNIL.

Sauf dans les cas où elle est consécutive à un traumatisme, la hernie lombaire est indolore et l'attention du malade n'est attirée que par la présence d'une grosseur anormale dans la région lombaire. Il s'en aperçoit généralement par hasard (comme dans l'observation de notre malade) quand la tumeur a atteint un volume déjà assez considérable.

Elle affecte une forme ovoïde à grand diamètre antéro-postérieur. Ses dimensions sont très variables (volume d'une noix à celui des deux poings). Cloquet a observé une hernie lombaire qui atteignait son maximum de volume dans la station debout, diminuait dans le décubitus dorsal et se réduisait spontanément quand le malade était sur le ventre, à tel point qu'une dépression succédait à la saillie. Après réduction, il sentait, en palpant, l'échancrure de la crête iliaque qui avait favorisé le développement de la hernie. La coloration des téguments au niveau de la tumeur reste normale. Quand le malade tousse, la hernie subit une impulsion et augmente de volume. Si on vient à la réduire, on a une sensation particulière de gargouillement. Ce signe manque quand il s'agit d'une hernie épiploïque.

Grymfelt, ayant réduit une hernie lombaire, sentit la pulpe de ses doigts déprimant la peau, pénétrer dans la cavité abdominale. On peut ainsi déterminer si la hernie s'est faite par le triangle de J.-L. Petit, par le triangle lombo-costo-abdominal ou enfin par l'un des points signalés par Braün.

Enfin la hernie lombaire peut quelquefois s'accompagner de troubles digestifs (diarrhée, vomissements) sans être pour cela étranglée.

La présence dans la région lombaire d'une tumeur molle et élastique, en dehors des muscles spinaux, devra faire penser à la hernie lombaire. Le diagnostic en est souvent facile. Il existe cependant des cas où, soit en présence d'un abcès préherniaire, soit pour toute autre cause, des hernies lombaires ne furent pas reconnues et furent ouvertes. Lassus (1806) prit ainsi une hernie lombaire pour un abcès, Basset, en 1867, crut se trouver en présence d'un lipome et incisa. M. Berger rapporte que Croze, en pareille circonstance, crut avoir affaire à un abcès migrateur. Enfin Lolbeau ouvrit une hernie lombaire prise pour un abcès. Il y eut fistule stercorale et finalement le malade guérit.

Il importe donc de noter les éléments du diagnostic différentiel de la hernie lombaire avec les affections qu'elles semblent simuler. C'est ce que nous avons fait plus haut dans l'observation de notre malade.

Le contenu de la hernie est assez difficile à déterminer. La percussion renseignera dans la plupart des cas. Si la tumeur est mate, ce sera une hernie épiploïque. Si, au contraire, elle est sonore, ce sera une hernie de l'intestin. On cite un cas où une hernie lombaire contenait le rein droit.

Le pronostic de la hernie lombaire sera bénin à cause de la rareté de ses accidents et de la facilité de sa contention. Une simple ceinture de gymnastique, suffit souvent à la maintenir. On n'a signalé qu'une seule cure radicale, d'ailleurs suivie de succès (Owen, 1888).

Dans le cas où la hernie lombaire s'étrangle les troubles fonctionnels habituels avertissent le malade.

Par quel mécanisme se produit l'étranglement ?

Romascu, dans sa thèse, expose deux théories :

1° " La hernie s'étrangle par accumulation des gaz dans l'anse de l'intestin herniée. Le gaz arrive dans le bout supérieur avec une grande vitesse, sous l'influence de la contraction des muscles abdominaux. Il n'a pas le temps de s'écouler dans le bout inférieur, et, de ce fait, le bout supérieur se trouve violemment distendu en dehors de l'anneau. Le gaz comprime et obstrue complètement le bout inférieur en même temps qu'il empêche la rentrée de la tumeur herniée dans la cavité abdominale. "

2° Dans les cas de hernie produite par traumatisme, il peut y avoir étranglement par suite de la tendance qu'ont à se rapprocher les deux lèvres de la plaie, produite par déchirure du transverse, déchirure livrant passage à une portion d'intestin.

Quoi qu'il en soit, l'étranglement des hernies lombaires est très rare.

De cette étude il paraît résulter que les hernies lombaires ne sont pas si rares qu'on pourrait le croire au premier abord. Elles passent souvent inaperçues, même des malades, d'abord à cause de leur siège et ensuite à cause de leur indolence. Enfin, la rareté de leur étranglement explique comment elles ont pu rester pendant si longtemps ignorées.

(Bulletin méd.)

Conduite à tenir en cas de difficultés extrêmes à trouver le bout postérieur de l'urèthre dans l'urethrotomie externe sans conducteur.

Par M. SOREL (Thèse de Lyon).

Quelle que soit l'habileté du chirurgien, il est des cas où, au cours d'une uréthrotomie externe sans conducteur, il peut éprouver une extrême difficulté à trouver le bout postérieur de l'urèthre.

D'après M. SOREL, sans s'attarder alors à de petits moyens dépourvus de toute sécurité, sinon exempts d'inconvénients, il convient de s'adresser au cathétérisme rétrograde.

Repoussant d'une façon absolue la ponction hypogastrique qui expose à la blessure du péritoine et à l'infiltration d'urine et le cathétérisme rétrograde par la canule hypogastrique (difficile et dangereux) ; réservant d'autre part, le cathétérisme prostatouréthral à des cas spéciaux, c'est au cathétérisme vésico-uréthral après taille hypogastrique que l'auteur conseille de recourir dans la grande majorité des cas. Ce procédé est en effet le plus sûr et il a l'avantage de constituer en même temps le meilleur traitement des lésions inflammatoires ordinairement existantes.

Il n'est pas rationnel de faire, à l'instar de Chalot, de la taille hypogastrique le premier temps de toute uréthrotomie externe sans conducteur ; mais quand, au cours de cette uréthrotomie, la difficulté extrême de trouver le bout postérieur surgit, il faut sans hésiter ouvrir la vessie à l'hypogastre et pratiquer le cathétérisme rétrograde, plutôt que de s'acharner à trouver le bout postérieur, au risque de blesser le rectum et d'épuiser le malade par une anesthésie prolongée.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

De l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien dans certaines variétés de torticollis chronique.

Par M. REBOUL (de Nîmes).

Dans le traitement du torticollis chronique, la section tendineuse sous-cutanée et surtout la ténotomie à ciel ouvert, suivie d'un traitement manuel ou orthopédique, donne généralement des résultats suffisants. La déviation est corrigée définitivement et complètement. Toutefois, dans certaines variétés de torticollis chroniques congénitaux invétérés, le redressement opératoire ne peut être complet, quoique l'on ait sectionné les deux tendons du sterno-mastoïdien et les brides fibreuses aponevrotiques. Le sterno-mastoïdien est réduit à une masse fibreuse rétractée et adhérente à l'aponévrose ; l'on ne peut, par la ténotomie simple et la section des brides fibreuses, corriger l'attitude vicieuse et redresser la tête.

Dans ce cas, il devient nécessaire de pratiquer l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien, extirpation préconisée par Volkmanne, Hadra et J. Mikulicz (de Breslau).

Dans deux cas (jeune garçon de 10 ans, jeune fille de 23 ans) où la ténotomie à ciel ouvert et la section des brides fibreuses aponevrotiques, suivies du traitement orthopédique, ne m'avaient pas permis de corriger l'attitude vicieuse et de redresser la tête, j'ai dû pratiquer ultérieurement l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien au tiers inférieur et ai obtenu le résultat désiré.

Je ne pense donc pas comme Redard que " l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien ne donne pas de meilleurs résultats que la ténotomie ou la myotomie à ciel ouvert. " Je crois au contraire que, dans certains cas de torticollis chronique rétracté et adhérent, l'extirpation partielle peut être nécessaire pour corriger l'attitude vicieuse contre laquelle la ténotomie à ciel ouvert avait été impuissante.

(La France méd.)

OBSTÉTRIQUE

Du Céphalématome.

Par M. le Prof. PINARD.

Le hasard des séries nous a amené deux enfants qui se ressemblent par une particularité. C'est une tumeur volumineuse sur le même point : le pariétal droit. Je veux vous dire ce qu'est cette tumeur. C'est une tumeur sanguine qui siège sur la tête et, au point de vue anatomique, toujours entre le périoste et l'os ; au point de vue topographique presque toujours au niveau du pariétal droit que l'on rencontre lorsque l'accouchement est spontané, avec présentation du sommet ; à côté de ce céphalématome dit spontané, il y a le céphalématome traumatique que l'on observe, en dehors même de l'emploi des instruments, lorsque le fœtus se présente par l'épaule et le siège. Dans ce dernier cas, on ne trouve pas la production au lieu d'élection, on peut la trouver au niveau du pariétal gauche, au niveau de l'occipital ; on peut en trouver plusieurs, deux, l'une par exemple sur le pariétal droit, l'autre sur le pariétal gauche offrant l'aspect du crâne dit natiforme ; trois, les deux par exemple situées comme précédemment et la troisième au niveau de l'occipital.

Quelle est la fréquence du céphalématome ? Ce n'est pas une chose fréquente ; cependant, lorsqu'on observe bien, on trouve que la fréquence est plus grande que celle qu'indiquent les auteurs : Dubois n'en a réuni que 6 cas à la Maternité, où il naissait 2,500 à 3,000 enfants par an, c'est là un chiffre inférieur à la réalité. Le chiffre réel varie entre 1 fois sur 250 et 1 fois sur 600. Mais la fréquence relative a plus d'importance que la fréquence absolue. La primiparité joue un très grand rôle, et aussi la multiparité, mais

dans certaines conditions anormales : rétrécissement nécessitant extraction, soit une version, soit le forceps.

Comment se fait-il que le céphalématome se produise de temps en temps lors d'un accouchement normal, car c'est celui-ci que j'aurais surtout en vue, et pourquoi se produit-il sur les pariétaux et particulièrement sur le pariétal droit ? On avait bien dit qu'il y avait des causes prédisposantes, que ces os offraient un défaut de consistance ; dans les livres récents on a dit que les vaisseaux y sont plus friables qu'ailleurs, mais c'est depuis les études de Broca et de Féré que l'on connaît la véritable cause du céphalématome : ceux-ci admettent une origine fissurale du céphalématome. Quand vous ferez l'autopsie d'un enfant nouveau-né à terme, vous serez étonnés de la facilité avec laquelle on peut, chez certains enfants, enlever le périoste, ce qui vous explique l'abondance de l'épanchement. Celui-ci, retenez ce fait, s'arrête toujours aux sutures, ne s'étend jamais d'un pariétal à l'autre, parce que là, au niveau des sutures, il adhère fortement à l'os.

Quelles sont les causes prédisposantes ? Le céphalématome ne s'observe pas chez tous les enfants, nous le savons par la clinique et par l'expérimentation. Hamon qui a fait, en 1887, sa thèse sur le céphalématome, rapporte les expériences qu'il a pratiquées sur des fœtus à terme ou près du terme. Il a pris des fœtus frais ou conservés depuis quelque temps dans la liqueur de Muller, il les a fait passer, tête première ou dernière, à travers des bassins rétrécis ; après cette manœuvre préalable, il sectionnait les carotides de chaque côté et il injectait de la gélatine colorée au carmin dans ces vaisseaux ; quatre fois sur dix il a reproduit le céphalématome dans des cas où l'état d'ossification des pariétaux n'était pas assez avancé ; telle est la principale cause prédisposante.

Y a-t-il des causes occasionnelles ? Oui, c'est la pression exercée sur le fœtus, pression d'autant plus forte que la filière à traverser est plus étroite, aussi le céphalématome est-il plus fréquent chez les primipares. Nous avons reconnu en outre que presque tous les enfants porteurs de céphalématome ont le système pileux développé ; pendant le travail, le cuir chevelu se trouve tirailé par les cheveux et de ce tiraillement résulte le décollement.

L'un de nos deux enfants est précisément dans ce dernier cas, c'est un classique ; chez le second, il est vrai, les cheveux ne sont pas très développés, c'est l'enfant d'une multipare ; cette multipare est restée trois heures trente en travail. Comment se fait-il donc que l'enfant ait un céphalématome ? La mère est accouchée deux fois, la première fois d'un enfant de 3 kilos, cette fois d'un enfant de 3 kil. 500 ; elle a donc subi une certaine distention. Mais, de plus, examinez la tête de nos deux enfants ; vous aurez une différence de sensations : Chez l'un, le classique, vous trouverez le bourrelet osseux autour de la tumeur ; chez l'autre, vous trouverez, à côté de la tumeur, au niveau des os qui ne sont pas atteints, sur le pariétal gauche, un défaut d'ossification, des fontanelles supplémentaires, ce qui constitue précisément la cause prédisposante dont je vous parlais tout à l'heure et ce qui m'explique pourquoi cet enfant, né d'une multipare, a un céphalématome. Vous comprenez aussi pourquoi l'application de forceps peut déterminer le céphalématome par la pression ou les tiraillements que peut subir la tête fœtale en un point donné si l'extrémité seule des cuillers vient s'y appliquer.

Quels sont les caractères cliniques du céphalématome ? Il est rare de constater un céphalématome au moment de la naissance ; l'attention sera appelée vingt-quatre ou quarante-huit heures après, c'est bien le moment où il apparaît, mais il faut prendre garde de se tromper et de prendre une bosse séro-sanguine localisée pour un céphalématome. Le volume est variable, on peut trouver des épanchements de quelques grammes, jusqu'à trente au quarante grammes. C'est une tumeur fluctuante, n'offrant pas de rougeur, indolore et absolument irréductible.

Tels sont ses caractères dans les premiers jours de son apparition.

Quelle est l'évolution de ce céphalématome ? Deux choses capitales vont se produire. A la périphérie, il va se former un bourrelet osseux résultant de la réaction du périoste à ce niveau, et, lorsque ce bourrelet sera formé, il y aura des aiguilles osseuses allant de la partie la plus élevée de la tumeur jusque dans la partie profonde ; au bout de quinze jours, ces aiguilles seront beaucoup plus saillantes, la base de la tumeur paraîtra moins large, mais son relief s'accroîtra davantage ; il faut prévenir de ce fait les parents qui croient que la tumeur a augmenté de volume, celle-ci mettra six mois ou un an à disparaître.

Le diagnostic maintenant ? On peut confondre le céphalématome avec la bosse séro-sanguine ; au moment de la naissance le diagnostic peut être difficile. La bosse séro-sanguine est un épanchement non de sang, mais de sérosité sanguinolente qui imprègne tous les tissus depuis la peau jusqu'aux parties profondes du crâne, je dirai presque : jusqu'à l'encéphale. En effet, non seulement le cuir chevelu est injecté, mais aussi le crâne lui-même, et la dure-mère. La bosse séro-sanguine diffère donc du céphalématome par la nature et l'extension de l'épanchement, et en outre par le siège, car elle a ses endroits d'élection à elle, elle n'est pas fluctuante comme le céphalématome, mais elle présente des caractères qui permettent de faire le diagnostic dans la pluralité des cas. Elle n'est jamais limitée par les sutures, elle empiète sur les sutures ; elle peut même changer de place pendant le travail, mais si cela est vrai, il est vrai aussi de trouver le plus souvent la bosse localisée à l'un des pariétaux. De plus, la bosse séro-sanguine disparaît en deux ou trois jours. Enfin, le bourrelet osseux ne permet plus le doute. Peut-on encore faire une erreur de diagnostic ? On a essayé d'établir le diagnostic entre le céphalématome et l'encéphalocèle et le méningocèle. Ces tumeurs siègent au niveau des sutures, elles sont réductibles, je ne parle pas des monstruosités qui peuvent exister simultanément ; enfin elles sont animées de battements. Je ne fais pas bien entendu le diagnostic avec l'abcès qui, par ses caractères, chaleur, rougeur, etc., se distingue bien du céphalématome.

Le pronostic est toujours favorable. Ce pronostic a varié considérablement depuis vingt-cinq ans : jusqu'en 1870 environ, les thèses indiquent un pronostic sérieux, mais cela, parce que le médecin intervenait, on faisait des ponctions, les tumeurs suppuraient et les enfants succombaient. Aujourd'hui, on ne fait plus rien, quels que soient le volume et le siège du céphalématome, et il ne sait rien faire en effet : pas de compression, ni de liquide résolutif, ni de pommade ni à fortiori de ponction, puisque cela guérit tout seul, spontanément et sans aucun danger.

Le céphalématome déterminé par le traumatisme peut être compliqué, et cela de deux façons : Il peut y avoir, avec l'épanchement sanguin sous périostique, fracture de l'os et en même temps épanchement entre l'os et la dure-mère ; chose curieuse, dans ce cas, l'épanchement sous périostique n'est pas tendu. L'autre complication, consiste en une plaie superficielle des téguments, siégeant au niveau même du céphalématome. Dans les deux cas, il y a quelque chose à faire : dans le premier, lorsqu'il y a une complication intracrânienne, il faut intervenir en réduisant la fraction, car il y a toujours un enfoncement des os, mais les cas de ce genre, rares d'ailleurs, sont presque toujours mortels. Dans le deuxième cas, c'est la solution de continuité des téguments qui pourra entraîner par l'absorption de germes aseptiques, l'infection de la poche sanguine, il faut donc un pansement antiseptique rigoureux, mais je vous engage à rejeter l'acide phénique qui est un poison très dangereux pour l'enfant.

(Indépendance médicale)

Injections sous-cutanées de bleu de méthylène chez les femmes enceintes.

M. PH. H. VAN DE VELDE (d'Amsterdam) a fait de nombreuses injections du bleu de méthylène chez des femmes enceintes et accouchées, et a constaté que le procédé de MM. Achard et Castaigne est d'une valeur réelle pour la juste estimation d'une albuminurie gravidique.

Dans l'éclampsie ce procédé peut donner des renseignements très utiles pour le diagnostic des complications, pour la thérapeutique, mais surtout pour le pronostic.

D'autre part, M. Van de Velde a contrôlé le passage du bleu dans le contenu de la matrice. Dans le liquide amniotique il n'a jamais vu du bleu, mais nettement du chromogène, tandis que l'urine des enfants contenait plusieurs fois du bleu. De ces faits, en rapport avec d'autres observations, il conclut que, même dans les derniers jours de la grossesse, le rôle de la mère dans la production du liquide amniotique est plus important que celui du fœtus. Enfin dans un cas d'hydrorrhée, le liquide hydrorrhéique contenait du chromogène, tandis que le liquide amniotique n'en contenait pas de trace.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Hystérectomie vaginale pour les fibromes utérins.

Leçon clinique faite par M. POZZI.

J'arrive maintenant à la description du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale dans le cas de fibromes.

Il faut tout d'abord mettre le col à découvert au moyen de valves, le saisir avec une pince, l'attirer en avant et le fixer latéralement avec deux pinces à préhension.

On doit, dans un premier temps, libérer l'utérus en avant et en arrière.

Pour obtenir ce résultat, on trace autour du col une incision elliptique. On décolle en avant et en arrière. L'utérus est séparé de la vessie à l'aide des ciseaux et des doigts. On peut crever d'emblée le cul-de-sac vésico-utérin ou attendre plus tard. On incise le cul-de-sac postérieur et on ouvre le Douglas.

Dans un deuxième temps, il s'agit d'effondrer la voûte utérine, et, au besoin, de diminuer le volume de la matrice. Pour ce faire, on pratique l'hémisection antérieure de l'utérus en mettant une sonde dans la cavité cervico-utérine. La voûte, dont on a détruit les piliers, s'effondre. L'utérus s'ouvre ; sa voûte s'affaisse, s'abaisse, s'éroule. L'utérus est-il petit, il est rapidement amené à basculer en avant, au dehors ; il ne reste plus qu'à pratiquer l'hémostase ; mais quand l'utérus est gros, il n'en va plus de même. On est obligé de procéder au morcellement.

On aborde le fibrome à l'aide de bistouris droits ou courbes. Une incision faite dans la tumeur amène un certain degré d'écartement entre les lèvres de l'incision que l'on saisit à droite et à gauche avec de bonnes pinces. On attire fortement le fibrome par en bas. A l'aide d'une incision circulaire, on peut évacuer une portion de la tumeur fibreuse. Il faut avoir soin de s'assurer une prise sérieuse et solide sur la tumeur toutes les fois qu'on en enlève un fragment.

On procède ainsi à l'évidement du corps fibreux, en ayant soin de circonscrire son action sur la face antérieure de l'utérus, d'enlever des copeaux en avant, de ne pas se diriger trop en arrière et d'éviter surtout les parties latérales.

Progressivement on arrive à amener l'effondrement de l'édifice

utérin ; la coque utérine se vide, et on fait basculer en avant le fond de l'utérus. On amène la matrice à la vulve en la faisant de préférence basculer en avant.

Dans un troisième temps, on s'occupe de l'hémostase avec des pinces.

Je me sers de pinces à mors courts, préférables à ces longues pinces qui embrassent la totalité des ligaments larges. Ces pinces courtes étreignent mieux les portions saisies. On les place successivement de haut en bas. Il en faut trois d'habitude. La dernière placée à la partie inférieure du ligament large est la plus importante, car elle assure d'ordinaire l'hémostase de l'artère utérine. On sectionne en dedans de la pince. On répète la même manœuvre sur l'autre ligament large. L'utérus est enlevé.

Tel est le procédé type quand le corps fibreux est de petit ou de moyen volume. Mais si la tumeur est considérable, les difficultés peuvent être grandes. La technique doit alors varier.

Le corps fibreux est-il très volumineux, il y a intérêt à ouvrir un large accès dans la cavité utérine et l'ablation. Aussi est-il bon de pratiquer, d'emblée, la forcipressure préventive du col de l'utérus, au lieu de faire l'hémostase consécutive au morcellement et à l'extraction de l'utérus hors de la vulve.

Après avoir exécuté la circoncision de l'utérus, après avoir décollé la vessie et le rectum, je pratique dans ces cas la forcipressure le long du col de l'utérus, afin de pincer les utérines. Je passe ensuite à l'excision du col. Ces manœuvres donnent du jour, une place plus grande pour les temps consécutifs, assurent l'hémostase et permettent d'éviter plus facilement les uretères. Si je ne la pratique pas dans tous les cas, c'est qu'elle a l'inconvénient de faire lâcher l'excellente prise et le précieux point de repère que donnent les deux pinces amarrées sur le col, dans les cas d'opérations laborieuses.

Je vous ai dit qu'il était préférable de pratiquer l'hémisection antérieure de l'utérus. Mais si l'utérus est fixé soit par des adhérences, soit par un corps fibreux intra-ligamentaire, il faut parfois fendre non seulement la face antérieure, mais aussi la face postérieure de la matrice. On obtient ainsi deux valves utérines. Il faut ensuite procéder à l'ablation de ces deux valves, comme s'il s'agissait d'enlever deux tumeurs, et cela se fait plus aisément.

Le pansement mérite quelques considérations.

Faut-il pratiquer la suture du péritoine et du fond du vagin ? Cette pratique est discutée. Admise à l'étranger, elle est repoussée en France par la majorité des chirurgiens. On laisse donc béant le trou produit par l'ablation de la tumeur. On insinue dans cette ouverture une mèche de gaze iodoformée qui assure le drainage du suintement sanguin qui se fait et qui n'a du reste aucun inconvénient. Outre cette mèche centrale, on en glisse quatre autres pour garnir le vagin et protéger la vulve contre la pression des pinces laissées à demeure.

Une sonde molle, dite de Malécot, qui a la propriété de rester fixée par un mécanisme très simple, est laissée à demeure dans la vessie.

On enlève les pinces et les mèches protectrices, placées en dehors d'elles, 48 heures après l'opération. On a soin de laisser en place la mèche centrale, afin de respecter les adhérences qui ont pu se produire autour de la mèche.

On enlèvera celle-ci le 5e ou le 6e jour. Quelques chirurgiens font pratiquer immédiatement des injections vaginales. Je préfère mettre encore une mèche iodoformée dans le vagin durant 8 jours, matin et soir, et ne commencer les lavages que vers le 15e jour.

(La Semaine gynécologique.)

Traitement des abcès de la glande vulvo-vaginale.

Étudiant différentes particularités de l'histoire de ces abcès, M. le docteur Migot indique, parmi les divers procédés usités pour les traiter, celui qui est employé par M. Julien à Saint-Lazare, procédé qui a l'avantage de ne pas nécessiter l'emploi du bistouri, de diminuer le volume de la glande en la sclérosant et d'empêcher les récidives. Voici comment opère M. le docteur Julien.

Quand l'abcès de la glande a évacué son contenu, ou après l'avoir évacuer par expression, à la fin de la période inflammatoire, on traverse la paroi interne de la glande, par la muqueuse vaginale, et on injecte ainsi directement dans le cul-de-sac glandulaire 2 à 3 divisions de seringue de Pravaz contenant une solution de chlorure de zinc à 1/10. Le liquide n'est pas injecté par le canal excréteur, il est injecté dans la glande directement, à travers les parties molles. Cette injection ne doit pas être trop superficielle, car elle déterminerait une inflammation du dartos assez gênante et la récidive se ferait.

Aussitôt après l'injection et pendant quelques jours se produit une inflammation intense de la glande, puis peu à peu le tout se calme et revient à l'état normal. L'action sclérosante du chlorure de zinc se produit et quelque temps après, un examen attentif permet de déceler dans l'épaisseur des parties molles une petite tumeur, dure, indolore, un véritable varicocèle.

Les malades ainsi opérées, revues ou suivies, n'ont jamais présenté de récidive.

Des résultats analogues ont été obtenus avec l'acide picrique.

Sur 28 cas de bartholinite observés à Saint-Lazare, tous ont été guéris radicalement, sans récidive, après une ou deux injections de chlorure de zinc ; dans quelques cas invétérés trois ou quatre injections ont été nécessaires. (*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Maladies nerveuses**Priapisme épileptique.**

Par FÉRÉ.

Après avoir rappelé les différentes formes de troubles fonctionnels des organes génitaux des épileptiques, qui peuvent être liés aux paroxysmes convulsifs ou en être l'équivalent, Féré donne l'observation de crises de priapisme, c'est-à-dire d'érections extrêmes, rapides et douloureuses survenant chez un enfant de 12 ans, érection s'affaissant en flaccidité complète après deux minutes de durée avec une brusquerie non moins grande. Ces accès de priapisme se manifestant brusquement et cessant de même, coïncidant avec des attaques convulsives et des vertiges, éloignés par le traitement bromuré, doivent être considérés comme des manifestations épileptiques.

(*Méd. mod. — Rev. neurol.*)

La psychose puerpérale.

Par ALBERTO VEDRANI.

Pendant la période puerpérale et aussi dans les premiers mois de l'allaitement, on peut voir apparaître le délire à forme maniaque ou dépressive, la démence précoce, la neurasthénie. Ces troubles psychiques ne sont pas plus la conséquence nécessaire de la puerpéralité que la paralysie générale vue cinq fois par Hoche apparaître en telle condition. La psychose puerpérale spécifique que Clark a tenté d'établir n'existe pas ; la puerpéralité est une cause occasionnelle pour le développement des psychoses en général, mais elle ne saurait être la cause unique d'une psychose déterminée ; le terme de psychose puerpérale n'a pas de raison d'être.

(*Boll. del Man. prov. di Ferrara. — Rev. neur.*)

THERAPEUTIQUE**Traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique.**

(Méthode du prof. LANDERER).

M. Beirnheim résume ainsi :

1° L'acide cinnamique et ses composés peuvent être considérés comme des produits absolument inoffensifs, n'exerçant aucune action sur l'organisme de l'homme sain. Ces agents n'ont également aucune influence sur d'autres maladies. Seule la tuberculose est sensible à leur action.

2° Cette action se traduit par les manifestations suivantes : dès les premières injections, il s'établit une hyperleucocytose et on trouve surtout dans la circulation un grand nombre de leucocytes polynucléaires et éosinophiles. Autour des foyers tuberculeux même, il se produit un processus inflammatoire qui se termine par une production de tissu conjonctif et de jeunes vaisseaux. Cette transformation scléreuse s'étend par rayonnement à travers les tubercules qui présentent bientôt l'aspect d'un tissu cicatriciel.

3° Ces injections d'hétol, qui peuvent être glutéales ou intra-veineuses, doivent être toujours commencées avec des doses très petites, débutant à 0,001 milligr. et allant jusqu'à 50 milligr., dose qu'il est inutile de dépasser. On se guide pour augmenter la dose sur l'état général du malade, sur la fièvre, les hémoptysies et enfin sur la leucocytose. Suivant les cas plus ou moins graves, on continue plus longtemps cette méthode. Mais il faut compter un minimum de trois mois et le traitement peut atteindre une durée d'un an. Le malade doit être placé dans les meilleures conditions d'hygiène.

4° MM. Landerer et Bernheim ont réuni 284 cas de différentes formes de tuberculoses et il résulte de leurs observations expérimentales, microscopiques et cliniques qu'on possède dans l'acide cinnamique et ses dérivés des agents capables d'exercer une influence énergique contre la tuberculose. Les deux auteurs citent un très grand nombre d'améliorations et de guérisons obtenues exclusivement par cette méthode.

5° D'après M. Landerer, l'acide cinnamique serait un antidote du bacille. En se combinant avec les toxines tuberculeuses, il produirait une substance inoffensive. Au contraire, d'après Bernheim, le produit agirait comme agent phagocytaire. Le grand nombre de leucocytes mettent l'organisme en bon état de défense et les bacilles de Koch ne secrèteraient plus ou secrèteraient moins de toxines.

6° L'action curative de l'hétol peut être contrôlée de visu dans les formes chirurgicales où l'on assiste sur place à une hyperleucocytose, à une production de jeunes bourgeons et à la cicatrisation scléreuse.

7° La tuberculose du cerveau et des méninges est restée jusqu'à ce jour tout à fait réfractaire à l'acide cinnamique. S'agit-il là d'une virulence trop excessive des bacilles ? Ou bien la leucocytose locale ne se produit-elle que difficilement au niveau des méninges ? M. Landerer ne peut répondre à cette question.

(*Indépendance médicale.*)

Dermatologie**De l'herpès génital.**

Par M. GAUCHER (à l'Hôpital Saint-Louis).

(Suite)

Les ulcérations une fois formées, que vont-elles devenir ? Ordinairement, s'il n'y a pas d'irritation cutanée, elles guérissent en

trois ou quatre jours sans laisser de cicatrices. Si au contraire, il existe une ulcération assez large, confluente, si les soins de propreté sont insuffisants, la durée peut être de huit ou dix jours, quelquefois même, comme je l'ai observé, de plus de quinze jours et, en raison de cette durée insolite, nous avons cru quelquefois à des plaques muqueuses. Il faut que vous sachiez que, dans certains cas, chez les femmes négligentes, ces ulcérations peuvent durer plus que normalement. Ces ulcérations peuvent aussi dans certains cas affecter une évolution particulière signalée autrefois par Legendre qui l'a décrite le premier, et sa description a été reprise récemment par Bruneau. Legendre a décrit un mode de cicatrisation spécial de ces ulcérations, qui les fait ressembler à des plaques muqueuses, c'est ce qu'on pourrait appeler la cicatrisation hypertrophique. L'ulcération en se cicatrisant est en quelque sorte soulevée, et forme un plateau, mais c'est toujours là une hypertrophie simple, qui reste toujours à l'état de plateau, jamais végétante et, bien qu'hypertrophique, l'ulcération guérit très rapidement en huit, dix, quinze jours, sans traitement général, ceci est important, et laissant à sa suite une tache rouge assez persistante mais jamais définitive, elle s'efface au bout d'un certain temps sans laisser de cicatrice, ni de dépression.

J'arrive maintenant au diagnostic : celui-ci est ou très facile ou très difficile. Il est habituellement facile quand on a constaté l'existence des vésicules, ou qu'on suit les vésicules, ou encore quand on a affaire à des ulcérations petites, bien groupées, avec les caractères typiques que je vous ai indiqués. Mais le diagnostic est très difficile quand les ulcérations sont confluentes, quand elles forment des plaques assez larges, mais surtout quand les ulcérations sont isolées. Voilà les cas où on est sujet à commettre des erreurs. Le diagnostic le plus difficile de beaucoup est celui de chancres mous. Voici les principaux caractères distinctifs : 1° Au point de vue des commémoratifs, l'herpès est précédé du prurit qui diminue avec l'éruption et qui fait place, quand les vésicules sont crevées et sont remplacées par des ulcérations, à une cuisson douloureuse. Au contraire, il n'y a jamais de prurit dans le chancre mou, ni avant ni pendant. 2° Les vésicules et les ulcérations herpétiques sont habituellement agglomérées par groupes ; au contraire, les chancres mous sont habituellement disséminés, il est rare que les ulcérations herpétiques soient isolées, il y a toujours, même dans les cas d'agglomérations, des éléments isolés. 3° Les ulcérations herpétiques ont un tracé circonferentiel festonné, microcyclique et polycyclique, tracé tout à fait particulier ; les chancres mous ont un contour plus ou moins régulier mais jamais formé par des segments de circonférence. 4° Chaque vésicule ou chaque ulcération herpétique est entourée par un liséré rouge inflammatoire, ce liséré rouge périphérique fait toujours défaut dans le chancre mou. 5° Dans l'herpès, il y a une adénopathie inguinale insignifiante ; au contraire, dans le chancre mou, le bubon suppuré est la règle. 6° L'ulcération herpétique est plus superficielle, beaucoup moins étendue que le chancre mou ; celui-ci est plus profond, à bords décollés, à suppuration assez abondante, il a une tendance à s'élargir, à s'accroître. Eh bien, malgré ces différences nombreuses et importantes, le diagnostic est parfois difficile, surtout chez la femme où l'aspect des lésions peut être dénaturé par des infections secondaires. Alors il y a un critérium absolu, c'est l'auto-inoculation, qui est toujours positive pour le chancre mou, négative pour l'herpès : quand vous avez fait l'auto-inoculation, si c'est un chancre mou, il prend ses caractères ordinaires.

(à suivre)

Le Comité d'Études médicales

Jeu, le 13 octobre dernier, avait lieu à l'université Laval, la séance hebdomadaire du Comité d'études médicales.

M. le professeur Foucher voulut bien présider la réunion.

M. le professeur Fafard donna quelques explications très pratiques sur la manière d'analyser le lait. Il fit remarquer avec justesse que, dans la pratique journalière, nous n'avons pas le temps ni les facilités de faire une analyse complète du lait ; nous devons nous borner à prendre la densité du lait, c'est à dire en connaître le pourcentage, avec un instrument, le lactomètre de Baume.

De plus, il nous est très utile de connaître la richesse du lait, de savoir la quantité de corps gras que le lait contient, et cela au moyen d'un petit instrument appelé le crémomètre.

Ces deux recherches sont faciles et ne doivent pas être ignorées, car il nous est souvent demandé de faire cette analyse sommaire.

M. le professeur Fafard sut nous intéresser particulièrement, et l'auditoire ne lui ménagea pas ses applaudissements.

M. le docteur Cormier ajouta quelques remarques bien à propos sur la recherche des corps gras.

M. le docteur Dubé, de l'Hôtel-Dieu, lut un travail très intéressant sur la bactériologie du lait. Il s'attacha à démontrer que les microbes existent en grand nombre dans le lait, aussitôt qu'il est en contact avec les agents extérieurs, et il insista beaucoup sur les dangers du lait provenant d'une vache tuberculeuse.

C'est par la stérilisation que le lait se débarrassera de tous ces germes qui sont la cause de tant de maladies infantiles.

M. le docteur Elie Asselin donna ensuite communication d'un cas de fièvre typhoïde suivi de purpura hémorragique et d'hématurie.

Après quelques remarques du président, la séance fut levée.

Nous ne saurions trop encourager nos confrères à venir à ces causeries médicales, où, sans fausse honte, jeunes et vieux, nous cherchons à agrandir le cercle de nos connaissances. En médecine, plus que dans toute autre science, nous avons toujours besoin d'apprendre et bien ignorant est celui qui prétend tout connaître.

Donc, que nos confrères sacrifient, tous les jeudis soirs, un tout petit moment pour venir s'instruire à ces réunions intimes qui sont peut-être le début d'une future société médico-chirurgicale canadienne-française.

FORMULAIRE

RHINITE GONORRÉALE DES ENFANTS. — *De-Stella.*

Badigeonner les narines avec une solution à 2 % de protargol et employer la pommade suivante :

Vaseline blanche.....	225 grains.
Acide borique.....	22 grains.
Menthol.....	$\frac{1}{2}$ grain.

(*Giornale internazionale della scienze mediche.—N.-Y. Med. J.*)

PRURIT VULVAIRE DE LA GROSSESSE. — *Doizy.*

1° Ichtyol.....	15 parties.
Vaseline.....	100 —
2° Ichtyol.....	10 parties.
Eau.....	100 —

En lotions.

(*Riforma medica.—N.-Y. Med. J.*)

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Les maladies infectieuses : tuberculose (suite).....	121
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : De quelques incertitudes dans le diagnostic de tumeur cérébrale, par Ernest Septimus Reynolds. — Du réflexe cutané plantaire, par Auguste Létienne et Henry Mircoude.....	122
CHIRURGIE : Traitement de la tuberculose du genou chez les individus âgés, par M. König. — Sur les chéloïdes. — De la fistule à l'anus.....	123
OBSTÉTRIQUE : La cure radicale de la disjonction des muscles droits à la suite des couches, par le Dr. A. A. Mouratof.....	123
GYNÉCOLOGIE : Traitement opératoire des annexites, par M. Hartmann (de Paris).....	124
PÉDIATRIE : Diagnostic différentiel des stomatites infantiles et leur traitement, par le Dr. Louis Leclercq, assistant aux Enfants-Assistés.....	124
THÉRAPEUTIQUE : L'emploi des solutions arsenicales en injections rectales, par M. Renaud. — La médication cacodylique en dermatologie.....	125
DERMATOLOGIE : De l'herpès génital, par M. Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis.....	126
REVUE PROFESSIONNELLE	
Réciprocité interprovinciale.....	127
FORMULAIRE	128
NOUVELLES	128

Travaux Originaux

Les maladies infectieuses

TUBERCULOSE

Suite (1)

Les modes de contagion sont difficiles à préciser, parce que le plus souvent les tuberculeux sont des héredo-prédisposés, c'est-à-dire qu'ils sont, par le fait que leurs générateurs étaient phtisiques, presque fatalement voués à la même destinée, non pas par leur hérité, mais seulement par suite de la faiblesse de leur organisme contre l'ennemi sans cesse envahisseur.

Cependant la tuberculose peut exister en dehors de toute tare héréditaire, ce qui confirme le principe généralement admis aujourd'hui que le phtisique ne peut engendrer que des prédisposés, car une maladie réellement infectieuse et inoculable, pouvant survenir chez des personnes de santé robuste comme chez celles d'une constitution débile, ne peut se reproduire d'une génération à une autre, dans l'intégrité de son évolution. Elle créera peut-être, comme la tuberculose, une prédisposition spéciale, mais pas plus.

Un mari, jouissant d'une bonne constitution, et né de parents indemnes de toute maladie héréditaire, s'unit à une femme tuberculeuse. Après plusieurs années d'une vie commune, ses forces déclinent, et il devient à son tour phtisique.

Dans ce cas, la contagion a été directe, et l'infection s'est faite en dehors de toute prédisposition.

Comment, dans ces exemples nombreux de tuberculose réellement infectieuse et inoculable, expliquer le mode de transmission du bacille de Koch ?

Il y a deux théories en présence, celle de Flügge, ou " du transport du bacille par les gouttelettes de liquide entraînées de la bouche du tuberculeux pendant qu'il respire, qu'il parle ou qu'il toussé, " et celle de Cornet, qui suppose " que la contagion se fait par les poussières desséchées, souillées de bacilles et soulevées dans l'air à chaque mouvement violent de l'air. "

Cette dernière opinion est la plus rationnelle ; elle est tout à fait conforme à l'expérience de chaque jour et aux faits connus et prouvés.

C'est un fait incontesté, aujourd'hui, que les crachats des phtisiques, desséchés et flottant dans l'air, sont les agents véritables de l'infection tuberculeuse.

Si la personne qui respire cette poussière mortelle, est plus ou moins prédisposée, soit par hérédité, soit par l'existence antérieure d'une autre maladie microbienne, comme la pleurésie, la pneumonie, etc., elle deviendra tuberculeuse, et le bacille de Koch, évoluant dans son organisme malade comme dans un véritable milieu de culture, ouvrira la porte à d'autres microorganismes, et à l'aide de ceux-ci activera la fonte des masses tuberculeuses.

Un individu, absolument sain et n'ayant hérité d'aucune prédisposition, absorbera par cette poussière de crachats desséchés le bacille de Koch. Deviendra-t-il nécessairement tuberculeux ? Non, car chez lui le globule blanc est assez vigoureux pour digérer le microbe, et dans cette lutte du phagocyte contre l'ennemi envahisseur, la victoire restera nécessairement au premier.

Mais le globule blanc s'affaiblit, à force de combattre ainsi, et un moment arrive qu'il perd même jusqu'à son pouvoir d'absorption ; alors le bacille tuberculeux reste enfin maître du champ de bataille.

Outre les crachats desséchés, il y a d'autres modes peu connus de contagion. Le docteur Petit, de Paris, a particulièrement insisté sur deux manières d'infection par la voie buccale :

" 1° Des phtisiques, dit-il, fument des cigares ou des cigarettes ; ils en jettent les bouts, qui renferment des bacilles, et sont ramassés ; ils sont alors fumés par des gens bien portants qui les achèvent, ou par des industriels de bas étage qui vendent ce tabac aux ouvriers. Ce tabac ne peut-il communiquer la tuberculose aux personnes qui en font de nouvelles cigarettes et les fument ?

" Un autre danger analogue peut encore provenir d'ouvriers employés à la fabrication des cigares et cigarettes dites à la main ; ces ouvriers peuvent être phtisiques, et se servir de leur salive pour coller les feuilles de tabac ou de papier à cigarette.

" 2° Un caissier phtisique à marche lente et son patron se servent du même porte-plume ; en mettant ses comptes en ordre, le caissier met à chaque instant son porte-plume dans sa bouche et l'infecte ; le soir, le patron vérifie les comptes, et fait la même manœuvre avec le porte-plume ; au bout d'un an, cet homme, jusque-là robuste et bien portant, est atteint d'adénite cervicale et cinq ans après de tuberculose pulmonaire.

" Les tuyaux de pipe, les manches de porte-plume, les crayons, les couteaux à papier, transmettant très bien la syphilis buccale, peuvent tout aussi aisément propager la tuberculose. "

Il existe encore bien d'autres moyens de contagion, mais, pour le moment, qu'il nous suffise de dire que l'héredo-prédisposition

(1) Voir les nos. 12, 14,

n'est pas essentielle pour la naissance de la tuberculose, qu'en dehors de cette condition, la contagion directe peut se faire, et qu'en raison de ce principe, admis de nos jours, une personne, toute bien portante qu'elle soit, et née de générateurs indemnes de toute tare, doit cependant prendre tous les moyens connus de prophylaxie et user des plus grandes précautions dans ses rapports journaliers avec ses semblables.

Le bacille tuberculeux, sans cesse à l'attaque de son organisme sain, finira par vaincre la résistance du globule blanc, et engendrera par suite des désordres considérables qui conduiront bientôt ce malade à la phtisie, ce dernier acte du plus sombre des drames.

(à suivre)

Revue des journaux

MÉDECINE

De quelques incertitudes dans le diagnostic de tumeur cérébrale.

Par ERNEST SEPTIMUS REYNOLDS.

Reynolds groupe les incertitudes dans le diagnostic des tumeurs cérébrales en deux grandes classes : A) Il n'y a pas de tumeur cérébrale, mais d'autres maladies sont diagnostiquées tumeur cérébrale. B) Il existe une tumeur, mais a) les symptômes sont attribués à une autre affection ; b) il y a erreur dans la localisation du néoplasme ; c) il y a doute sur la nature de la tumeur.

Parmi les maladies qui simulent la tumeur cérébrale, Reynolds cite : 1° la *chlorose*, dans laquelle la névrite optique, quoique très rare, peut se trouver associée à la céphalalgie et à des troubles moteurs hystériques ; 2° l'*urémie* ; 3° l'*encéphalopathie saturnine* compliquant l'empoisonnement chronique par le plomb ; 4° l'*hystérie* ; 5° l'*épilepsie réflexe* ; 6° des *cas d'épilepsie anormale*, où les attaques font croire à une lésion localisée et où l'opération ne fait rien voir d'anormal ; 7° la *syphilis* des nerfs crâniens ou la *méningite syphilitique* ; 8° la *méningite* et l'*abcès cérébral* ; 9° la *poli-encéphalite*.

La tumeur cérébrale peut exister, mais être prise pour : 1° de l'*hystérie* ; 2° de l'*épilepsie réflexe* ; 3° l'*hydrophobie* ; 4° la *démence sénile* ; 5° des *troubles circulatoires cérébraux* ; 6° une *méningite consécutive à une lésion de l'oreille*.

Reynolds termine en exposant les difficultés du diagnostic du siège de la tumeur cérébrale et de la nature de cette tumeur ; une tumeur peut être considérée comme corticale et être en réalité sous-corticale ou ganglionnaire, etc.

(The Brit. Med. Journ. — Rev. neurol.)

Du réflexe cutané plantaire.

Par AUGUSTE LÉTIENNE et HENRY MIRCOUDE.

Chez les sujets indemnes d'affections nerveuses, le réflexe cutané plantaire se manifeste toujours, à de très rares exceptions près, par un mouvement de flexion des orteils sur le métatars.

Dans les cas de lésion du faisceau pyramidal. Létienne et Mircoude ont trouvé le phénomène de Babinski chez 75 p. 100 des malades ; mais comme l'a dit Babinski, le phénomène des orteils n'est pas indissolublement lié à l'exagération des réflexes,

Les auteurs ont constaté une modification du réflexe plantaire (exagération) chez les hépatiques et chez les sujets atteints de dermatose. Leurs observations portent sur 86 malades.

(Arch. gén. de méd. — Rev. neur.)

CHIRURGIE

Traitement de la tuberculose du genou chez les individus âgés.

Par M. KÖNIG.

D'une façon générale, le traitement conservateur de la tuberculose articulaire donne chez les enfants des résultats aussi bons que ceux que l'on obtient par la résection. Mais dans la tuberculose du genou les conditions sont un peu différentes. En effet, dans la forme synoviale comme dans la forme osseuse de la tuberculose du genou, le tissu conjonctif s'organise et arrive à diviser la cavité articulaire en un certain nombre de compartiments, si bien que les liquides modificateurs qu'on injecte dans le genou n'arrive pas au contact de la totalité des lésions. C'est dans ces cas que, même chez les enfants, le traitement conservateur échoue, et qu'en dernier lieu on est obligé de recourir à la résection.

Les mêmes conditions peuvent s'observer chez les adultes et les vieillards. Aussi M. König est-il d'avis de pratiquer la résection chaque fois que le traitement conservateur, continué pendant 2 ans, n'aura pas donné de résultats satisfaisants. C'est ainsi que M. König a plusieurs fois pratiqué la résection du genou chez des individus ayant dépassé l'âge de 70 ans, ainsi que chez des phtisiques dont l'état général est satisfaisant.

Chez un malade opéré il y a quelques semaines, M. König a trouvé à l'ouverture de l'articulation un tout petit foyer de suppuration dans un ménisque articulaire d'où un trajet fistuleux conduisait vers la rotule entièrement infiltrée de productions tuberculeuses.

M. von BERGMANN est partisan de la résection précoce chez les individus âgés, chez lesquels la résection ne suffit souvent pas, si bien qu'on est obligé de faire l'amputation. C'est ainsi que pendant qu'il dirigeait la clinique de Wurzburg, M. Bergmann a fait en 4 ans $\frac{1}{2}$ 98 amputations de la cuisse pour tuberculose du genou. Mais chez les enfants, on peut se contenter du traitement conservateur à la condition de l'établir de bonne heure.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Sur les chéloïdes.

Mme DAWIDOWITCH étudie dans sa thèse les chéloïdes consécutives à l'application de la teinture d'iode. Elles font suite à des applications irrégulières, à de véritables brûlures par le topique. La durée d'application de la teinture paraît avoir plus d'influence sur la production de la chéloïde que les altérations chimiques (acide iodhydrique par exemple) qu'il peut présenter.

Les cicatrices chéloïdiennes dues à la teinture d'iode occupent les régions où l'on rencontre le plus souvent les chéloïdes, régions présternale et inter mammaire.

Siégeant au niveau de ces régions prédisposées, ces chéloïdes sont graves ; elles ne présentent aucune tendance à disparaître ; par contre, elles tendent à se reproduire après ablation chirurgicale.

Au contraire, les chéloïdes dues à l'application de cataplasmes sinapisés tendent à disparaître avec le temps. Leur gravité moindre tient sans doute à ce que cette application a été faite dans des régions autres que celles où nous avons constaté la présence si fréquente des chéloïdes.

D'après M. Brou, le traitement des chéloïdes par l'électricité statique employée sous forme d'étincelles donne les meilleurs résultats, tant au point de vue de la sédation des douleurs qu'au point de vue de la régression des tumeurs elles-mêmes. Il a le double avantage de n'être pas douloureux et d'agir très rapidement. Son application est des plus simples. Il paraît devoir mettre à l'abri de la récurrence. Il est surtout efficace contre les chéloïdes de formation récente ; en cas de chéloïde ancienne, il sera préférable de recourir d'abord à l'extirpation chirurgicale pour agir ensuite au moyen de l'électricité statique si la récurrence se produit.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

De la fistule à l'anus.

D'après M. Roux (thèse de Paris), il convient d'opérer presque toutes les fistules à l'anus. La variété intra-sphinctérienne ne souffre aucune exception.

Le procédé de choix pour les fistules sous-tégumentaires est l'excision du trajet fistuleux suivi de réunion par première intention des surfaces cruentées. L'opération est plus complète que par tout autre procédé.

La récurrence dans les fistules intra-sphinctériennes opérées par ce procédé est exceptionnelle.

La nature tuberculeuse de la majeure partie de ces fistules sous-muqueuses est une indication pressante d'opérer par ce procédé.

Le temps de guérison est très abrégé : il est de 9 à 14 jours.

Les lésions avancées de tuberculose viscérales ne sont une contre-indication absolue à l'opération des fistules anales par ce procédé que si le sujet est trop affaibli et les lésions viscérales rapidement progressives.

Dans les fistules extra-sphinctériennes, le procédé assure le rétablissement intégral des sphincters.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

OBSTÉTRIQUE

La cure radicale de la disjonction des muscles droits à la suite des couches.

Par le Dr. A. A. MOURATOF.

La disjonction notable des muscles droits à la suite des couches est assez rare. La disjonction peu considérable est fréquente et ne gêne guère les malades. Une disjonction considérable des muscles droits provoque un complexe symptomatique très pénible : les selles, la miction, les mouvements sont probablement gênés. Pour soulager ces malades on emploie ordinairement différents appareils de soutènement.

Les bandages.— Ils n'ont qu'un effet palliatif ; sitôt que la malade cesse de porter le bandage, tous les phénomènes morbides reviennent. Le port du bandage en lui-même est assez pénible. Dans les cas de disjonction extrême des muscles droits, la suture sur tout le trajet est une opération très légitime. L'auteur cite une observation que nous résumons.

P. âgée de 19 ans, est accouchée il y a 5 mois, après un travail qui a duré 36 heures ; l'accouchement fut terminé par l'application du forceps. S'étant levée au 5e jour après l'accouchement la malade a remarqué une augmentation du ventre. La malade est petite, anémique ; le ventre mesure à sa circonférence maxima 107 cm. ; il fait saillie en avant, en forme de coupole, de sorte que la malade

semble, à première vue, être au dernier mois d'une grossesse, ou atteinte d'une tumeur abdominale. La surface du ventre est inégale, bosselée, les téguments sont tellement amincis qu'on palpe facilement tous les organes de la cavité pelvi-abdominale : l'utérus, les ligaments larges, les ligaments ronds, les ovaires, etc. La palpation des téguments abdominaux fait découvrir les bords internes des muscles droits tendus et écartés jusqu'à l'appendice xyphoïde, enfoncés dans la région lombaire ; ils s'approchent de la ligne médiane au niveau du pubis. On est ici en présence d'une diastase des muscles droits de l'abdomen, à la suite des efforts continus de la presse abdominale pendant l'accouchement. L'opération fut pratiquée le 9 avril 1890. La malade fut anesthésiée, les parois abdominales soigneusement antiseptisées.

Incision sur la ligne médiane à partir d'un point situé à 2 cm. au-dessous de l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis. Après l'incision de la peau et de la couche sous-cutanée, le péritoine et les anses intestinales apparaissent immédiatement. Malgré la chloroformisation complète de la malade, il n'était pas facile de trouver les bords internes des muscles droits ; ils ont été attirés dans la région lombaire par l'action des muscles obliques ; la difficulté était encore augmentée parce que les muscles étaient très amincis. Le rapprochement des bords n'étant pas, non plus, dénué de difficultés. On aviva et affronta les bords et on appliqua les sutures, en soie fine, à distance de 2/3 de cm. l'une de l'autre. Le péritoine ne fut pas ouvert à aucun moment de l'opération.

On appliqua encore 4 sutures en soie épaisse, comprenant toute l'épaisseur de la peau et des muscles droits, sans intéresser le péritoine. En outre, la peau fut réunie par une série de sutures superficielles à 2/3 cm. de distance. Pansement avec la gaze iodoformée et la tartalane, par-dessus lequel plusieurs rangs de diachylon serrant fortement le ventre. Le tout fut enveloppé avec une bande en toile. L'opérée est mise dans la situation horizontale, les jambes pliées sur les cuisses. Elle resta 7 jours dans cette situation suivant une diète exclusivement liquide ; la première garde-robe fut provoquée au 5e jour après l'opération. Le premier pansement fut changé au 7e jour. Réunion par première intention, sauf à l'angle supérieur de la plaie abdominale sur une distance de 3/4 de cm., où les lèvres de la plaie se sont séparées sans section. Le ventre est régulier, élastique à la palpation, on ne peut distinguer aucun organe abdominal. La contraction de la paroi abdominale se produit sans douleur ; la paroi antérieure est élastique, normale ; sur la ligne médiane, on sent un cylindre induré correspondant à la ligne des sutures. On ne trouve, à l'examen le plus attentif, en faisant contracter le ventre, aucune éventration. La température était normale, sauf au 3e jour où elle s'est élevée à 38°4.

L'enlèvement des sutures fut effectué du 9e au 12e jour après l'opération. La malade s'est levée au 11e jour après l'opération, l'état général est satisfaisant ; la miction, les selles et les mouvements sont normaux ; faiblesse à la suite de l'anémie. Pour soutenir les parois abdominales, on conseille à la malade de porter une bande abdominale pendant 2 à 3 mois. Voici l'histoire de cette malade pendant les 16 mois qui ont suivi l'opération. L'état général est très satisfaisant. Il n'y a aucune trace de disjonction des muscles droits, même pendant les efforts les plus intenses. La contraction des parois abdominales se fait sans douleur. A l'endroit où la plaie abdominale s'est rouverte, après l'opération, il s'est formé un petit trajet fistuleux qui guérit, après l'élimination d'un bout de fil de soie, 6 mois après l'opération. Un an après l'opération, la malade est devenue enceinte et a avorté au bout de 2 mois 1/2 ; sans cause connue.

Deux semaines après la fausse couche, elle ne présentait rien d'anormal ni dans la sphère génitale, ni dans la paroi abdominale. On ne voyait aucune trace d'éventration sur la ligne médiane sous les efforts les plus grands.

Ainsi le résultat de l'intervention chirurgicale est très bon : réunion solide et durable de deux muscles et cessation de tous les symptômes morbides.

La *musculorrhaphie* peut être considérée comme une opération sans danger. Sa technique est assez délicate en raison de la gracilité des muscles droits chez les personnes maigres et de l'éloignement de ces muscles qui sont attirés par les muscles obliques vers la région lombaire. Il est préférable de faire les sutures au catgut pour éviter la formation des fistules.

Les malades opérées doivent être traitées comme les laparotomisées ; l'enlèvement des sutures doit se faire graduellement à partir du 9^e jour au plus tôt ; entretenir la liberté du ventre, etc. Enfin la malade doit porter un bandage abdominal pendant 2 à 3 mois après l'opération.

(Traduit par J. TARGOWLA, in *J. de méd. de Paris.*)

GYNECOLOGIE

Traitement opératoire des annexites.

Par M. HARTMANN (de Paris).

Il y a 3 ans, à Genève, je vous disais que j'étais partisan de la voie abdominale dans le traitement opératoire des annexites, parce qu'elle me paraissait moins grave que la voie vaginale et parce qu'elle permettait, dans un certain nombre de cas, la conservation de la fonction. Je vous signalais cependant les imperfections de cette voie, l'inconvénient de laisser un utérus inutile, quelquefois suppurant ou même saignant, et je terminais en concluant à la nécessité de faire suivre la castration bilatérale de l'ablation de l'utérus, lorsqu'il est gros, suppurant et friable.

Depuis ce dernier Congrès, j'ai continué à étudier cette question, j'ai examiné avec grand soin mes anciennes opérées, et je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Après l'opération abdominale des annexes, telle que je la pratiquais autrefois, 55,32 p. 100 des malades seulement étaient guéries d'une manière complète, chiffre qui concorde avec ceux donnés par Schauta, 56,6 p. 100 ; par Léopold Landau, 60 p. 100 ; par Bardenheuer, 60 p. 100. Certes, toutes les opérées, ou à peu près toutes, étaient très améliorées et très satisfaites du résultat de l'opération ; mais lorsqu'on les interrogeait avec soin, on voyait qu'un certain nombre éprouvaient après des fatigues, à droite et à gauche, quelquefois des deux côtés du bas-ventre, des tiraillements ; que quelques-unes même avaient des maux de reins, des pertes blanches, exceptionnellement des écoulements hémorrhagiques. L'examen direct faisait constater soit une métrite persistante, soit, au palper bimanuel, l'existence de petits noyaux indurés au niveau des pédicules. En un mot, un examen complet montrait que chez beaucoup de ces malades, la guérison n'était pas absolue.

L'indication à remplir était donc double :

1° Supprimer l'utérus toutes les fois qu'il était inutile, quand l'examen direct faisait constater la nécessité d'une ablation bilatérale des annexes ;

2° Supprimer les pédicules en faisant la ligature isolée des vaisseaux et, par une suture du péritoine du petit bassin, reconstituer un plancher pelvien.

De plus, comme un certain nombre de malades souffrent, après la castration bilatérale, d'accidents de ménopause prématurée, nous avons, quand cela a été possible, conservé tout au moins un ovaire, bornant notre ablation à celle des organes atteints de lésions septiques, l'utérus et les trompes. Dans 10 cas seulement, l'existence d'une suppuration manifestement localisée nous a conduit à pratiquer une colpotomie postérieure.

En résumé, nos interventions pour annexites, du 1^{er} octobre 1896 au 1^{er} juillet 1899, comprennent 72 cas, se décomposant en :

40 castrations abdominales totales, dont 26 pour lésions suppurées ;

22 opérations abdominales conservatrices, comprenant 15 ablations unilatérales d'annexes (7 fois suppurées), 2 ignipunctures d'ovaires kystiques, 1 excision partielle d'ovaire, 2 déliérations d'annexes adhérentes avec redressement de l'utérus, 2 incisions abdominales de salpingite suppurée ;

10 colpotomies postérieures pour annexite suppurée.

Les 72 interventions ont donné une mort, soit une mortalité de 1,38 p. 100, mortalité très faible. Si nous envisageons exclusivement les opérations abdominales, nous voyons que 62 cœliotomies n'ont donné qu'une mort, soit une mortalité de 1,61 p. 100. Notre mortalité s'est donc abaissée, puisqu'en 1896, à notre dernier Congrès, j'étais venu avec 104 cœliotomies, 4 morts, soit 3,8 p. 100. Je ne crois pas que l'on puisse espérer beaucoup mieux que ce que j'obtiens actuellement.

Les résultats immédiats de la voie abdominale sont donc excellents ; quant aux résultats éloignés, je puis vous affirmer qu'avec les modifications apportées actuellement à l'opération, il sont parfaits.

Je crois donc pouvoir conclure aujourd'hui non plus à la limitation des indications de la voie vaginale dans le traitement des annexites, comme à notre dernier Congrès, mais au rejet absolu de cette voie, qui a marqué une étape dans la marche de la gynécologie, mais qui, aujourd'hui, me semble distancée d'une manière manifeste par l'opération abdominale modifiée.

La colpotomie postérieure, seule en tant que voie vaginale, reste indiquée pour ouvrir les grosses collections facilement accessibles. Elle suffira dans un certain nombre de cas pour amener la guérison, elle ne sera dans d'autres que le premier temps d'une opération plus complète, abdominale, cette fois, lorsqu'elle aura laissé après elle des lésions nécessitant une deuxième intervention.

(Congrès d'Amsterdam.)

PEDIATRIE

Diagnostic différentiel des stomatites infantiles et leur traitement

Par le Dr. LOUIS LECLERCQ, assistant aux Enfants-Assistés.

Si nous envisageons les différentes affections dénommées habituellement stomatites, nous pouvons les diviser en deux grandes classes : les unes, que l'on peut appeler superficielles ou non ulcéreuses, parce qu'elles ont comme siège la couche épithéliale et les autres profondes ou ulcéreuses, parce que le processus pathologique qui les caractérise atteint au moins le derme de la muqueuse.

De la première classe font partie : le muguet, les stomatites érythémato-pultacées et exfoliatrices ; dans la seconde on trouve les stomatites aphteuse, herpétique, ulcéro-membraneuse, le noma et une de moindre importance, la subglossite.

Les symptômes suivants caractérisent les stomatites de la première classe :

1° Les plaques sont blanchâtres, quelquefois jaunâtres et n'ont aucune adhérence avec la muqueuse ;

2° La surface dénudée est rouge vif mais ne saigne pas ;

3° La salive a une réaction généralement acide ;

4° L'état général est satisfaisant, exception étant faite pour le muguet ; enfin,

5° Les symptômes subjectifs sont peu accentués et passent souvent inaperçus.

Au contraire dans les affections de la seconde classe nous trouvons :

- 1° Une adhérence intime entre la muqueuse et les plaques qui la recouvrent ;
- 2° Une surface dénudée ne saignant pas toujours, mais ayant tous les caractères d'une ulcération ;
- 3° Souvent une odeur fétide ;
- 4° Des symptômes subjectifs assez marqués ; enfin,
- 5° Une réaction générale toujours assez vive.

De tous ces symptômes il en est un qui a une réelle importance, c'est l'ulcération ; à lui seul il établit le diagnostic différentiel entre les deux classes de stomatites.

Avant toute recherche, il faudra donc établir si les phénomènes inflammatoires aboutissent à sa formation. Une solution étant donnée, et sachant par conséquent quelles affections nous avons à traiter, nous allons voir que procédant par exclusion le diagnostic des stomatites de la première classe sera fait avec la plus grande facilité.

En effet, si l'enfant que l'on nous présente a tous les symptômes de l'athrepsie, on peut déjà sans connaître ceux du muguet et sans avoir crainte de se tromper, affirmer que l'enfant en est atteint.

S'il y avait quelque hésitation, on se souviendra que le muguet débute par la face dorsale de la langue et qu'il la recouvre d'un semis qui, par propagation peut constituer des plaques blanchâtres assez étendues et à aspect tout particulier. Ces petits amas blancs à forme de houppes se désagrègent après un certain temps et n'ont plus avec la muqueuse aucune adhérence.

Deux affections nous restent, l'exfoliatrice et la pultacée. Le diagnostic est des plus faciles ; l'une, l'exfoliatrice, se localise généralement à la surface dorsale de la langue, l'autre au niveau des gencives ; la première se présente sous forme de plaques blanchâtres à contour polycyclique, l'autre, sous forme de plaques ayant tout l'aspect que donne la cautérisation d'une muqueuse au moyen du nitrate d'argent, dessine autour des dents un véritable feston ; de plus c'est déjà une affection qui ne se constate que rarement dans la première enfance.

Parmi les stomatites de la seconde classe ; il en est une qui n'affecte aucun caractère de gravité et qui par son siège seul est facile à reconnaître, c'est l'ulcération sublinguale. Toujours médiane, mais variable dans ses dimensions, elle apparaît souvent au cours de la coqueluche au moment des quintes et disparaît avec elles. Si elle dépend d'un simple rhume le pronostic n'en est que plus bénin.

Les autres stomatites sont gangréneuses, le noma et l'ulcero-membraneuse, ou non gangréneuses, les aphtes et l'herpès.

L'état général qui a servi à différencier le muguet des autres affections de sa classe va nous servir également pour diagnostiquer le noma.

En effet ce n'est jamais que sur un organisme miné par des affections déprimantes et de longue durée, qui le mettent dans un état capable de lutter contre l'infection, que nous puissions rencontrer le noma ; jamais cette affection ne frappera un enfant en bonne santé comme cela arrive pour l'ulcero-membraneuse, l'herpès et les aphtes.

Les commémoratifs, un certain âge et l'état général feront donc penser immédiatement à la possibilité du noma ; si, examinant la bouche de l'enfant on y constate une infiltration profonde avec une fétidité repoussante le diagnostic sera établi.

Ce n'est pas que cette fétidité n'existe pas dans les autres affections, nous la retrouvons dans l'ulcero-membraneuse avec tous ses caractères, mais dans l'herpès et l'aphte, quand elle existe, l'odeur n'est plus si repoussante et surtout aussi marquée.

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

L'emploi des solutions arsenicales en injections rectales.

Par M. RENAULT.

Partant de ce point d'observation que la médication arsenicale ne peut presque jamais être poursuivie jusqu'à production de ses effets utiles, parce qu'on se heurte à l'intolérance gastrique, j'ai mis en usage des injections rectales de liqueur de Fowler diluées, faites avec une seringue de 5 centimètres cubes, armée d'une canule courbe à lumière capillaire. En se servant d'une solution de 4 grammes de liqueur de Fowler diluée dans 55 grammes d'eau distillée, et en injectant une à trois seringues par jour de cette solution, on fait absorber au malade 1/3 à 1 centigramme d'acide arsénieux.

M. Gautier me proposa de substituer la cacodylate de sodium, qui est une combinaison organique de l'arsenic, aux solutions arsenicales ordinaires.

Ce sel en effet n'est pas toxique (1 gramme injecté dans les veines d'un lapin ne le tue pas), et cependant il contient beaucoup d'arsenic (1 gramme de cacodylate de sodium contient 0 gr. 468 d'arsenic).

Je me sers d'une solution contenant, pour 1,000 grammes, 1 gr. 10 de cacodylate de sodium, ou plus exactement des deux solutions suivantes, l'une forte et l'autre faible :

Eau.....	200 grammes.
Cacodylate de sodium.....	0,25 centigr.
Eau.....	200 grammes.
Cacodylate de sodium.....	0,40 centigr.

J'injecte deux seringues par jour de cette solution dans le rectum pendant six jours, puis trois seringues pendant six autres jours, et je laisse le malade au repos pendant cinq jours.

Le cacodylate de sodium agit surtout sur les cellules nerveuses et se fixe sur les matières phosphorées.

L'arsenic n'est pas un médicament bacillifère ; il agit seulement en diminuant les échanges et en ralentissant la consommation.

C'est ainsi qu'il peut donner d'excellents résultats dans la tuberculose localisée, le diabète, le goître exophtalmique et même dans la leucémie.

Ce n'est pas seulement un médicament actif, c'est un médicament à longue portée, dont l'action se poursuit longtemps encore après la cessation du médicament.

(J. de méd. de Paris.)

La médication cacodylique en dermatologie.

M. DANLOS a le premier introduit dans la thérapeutique l'acide cacodylique ; M. A. Gautier lui avait signalé ce composé arsenical, déjà étudié par Bunsen et Rabuteau. Après avoir vérifié son innocuité presque complète, il se décida à l'employer à hautes doses dans les affections cutanées. Il l'utilisa intus et extra : à l'extérieur sous forme de solution concentrées (50, 70 %) d'acide cacodylique ; à l'intérieur par voie buccale et par voie hypodermique.

Pour l'ingestion il conseille la formule suivante :

Cacodylate de soude.....	2 gr.
Rhum.....	} 20 gr.
Sirop de sucre.....	
Eau distillée.....	60 gr.
Essence de menthe.....	II gouttes.

Une cuillerée à café renferme 0,10 de cacodylate de soude.

On peut aussi prescrire des pilules de :

Cacodylate de soude.....	0 gr. 10
Extrait de gentiane.....	Q. S.

Par la voie hypodermique, on emploiera :

Chlorhydrate de morphine.....	0,025
— de cocaïne.....	0,10
Chlorure de sodium.....	0,20
Cacodylate de soude.....	5
Eau phéniquée à 5 %.....	II gouttes
Eau distillé.....	Q. S. p. 100 cc.

Les doses peuvent être portées très loin. Cherchant, dans les dermatoses, la saturation arsenicale de l'organisme, M. Danlos est arrivé à donner *pro die* pendant plusieurs semaines 0 gr. 40 à 0 gr. 60 de cacodylate aux hommes, 0 gr. 30 aux femmes par la voie buccale ; par voie hypodermique, il n'a pas passé 0 gr. 40 par jour, mais on peut donner cette dose pendant deux mois consécutivement.

Les avantages de la médication cacodylique consiste dans la possibilité de faire absorber, sans danger, aux malades, des doses colossales d'arsenic ; l'acide cacodylique et le cacodylate de soude, très solubles, très riches en arsenic (50 %) sont très peu toxiques. De plus, les injections sous-cutanées sont à peu près indolores.

Les seuls inconvénients observés ont été : une odeur alliée de l'haleine, des selles très fétides, quelquefois des coliques, quelquefois des poussées de dermatite exfoliatrice fébrile ; un autre inconvénient à signaler, c'est l'existence dans l'organisme d'une quantité considérable d'arsenic, en sorte que, si on n'était pas prévenu, on pourrait, dans une autopsie médico-légale, croire à un empoisonnement.

Dans le *psoriasis* chez plus de 60 malades, les résultats ont été extrêmement encourageants ; la guérison est fréquente, mais les récurrences ne sont pas rares, et l'on voit assez souvent des poussées nouvelles se faire au cours même du traitement, en sorte que l'acide cacodylique ne peut être considéré comme un spécifique du *psoriasis*.

Dans le *lichen plan généralisé* le prurit diminue par la médication cacodylique. Dans le *lupus érythémateux*, la *maladie du Dühring*, le traitement interne amène des améliorations, mais le résultat a été nul dans le *acné pustuleuse*, dans le *lupus ordinaire* et dans le *mycosis fongicide*.

(J. de méd. de Paris).

Dermatologie

De l'herpès genital.

Par M. GAUCHER (à l'Hôpital Saint-Louis).

(Suite)

Il faut faire encore le diagnostic avec le chancre induré syphilitique. Ce diagnostic présente des difficultés de deux ordres : 1° l'ulcération herpétique ressemble à un chancre induré ; 2° le chancre induré est accompagné d'ulcérations herpétiques.

Premier cas : l'ulcération herpétique ressemble à un chancre induré. Il y a en effet une forme d'herpès qu'on peut appeler herpès solitaire, c'est l'herpès chancroïde de Ricord ; il est caractérisé par une ulcération unique qui peut être prise pour un chancre, mais elle est douloureuse et superficielle, sans adénopathie inguinale ou avec une adénopathie insignifiante, elle guérit seule et sans traitement. Le chancre syphilitique, lui, repose sur une base dure ; il existe une adénite inguinale polyganglionnaire avec prédominance d'un ganglion sur les autres ; ce chancre n'est pas douloureux et son évolution est beaucoup plus longue et persistante que celle de l'ulcération herpétique. Cependant il y a des cas douteux où le diagnostic doit rester en suspens pendant un mois ou six semaines, jusqu'à l'apparition des accidents secondaires.

Deuxième cas : le chancre induré est accompagné d'ulcérations

herpétiques. L'histoire est banale et presque toujours la même. Un individu, sujet à l'herpès, voit apparaître des ulcérations multiples auxquelles il ne prend pas garde ; ces ulcérations herpétiques guérissent en huit, dix jours, mais il y en a une qui persiste, qui s'agrandit, qui s'indure, et, au bout du temps voulu, apparaissent les accidents secondaires. Il ne s'agit plus ici d'herpès chancroïde, il s'agit de chancre herpétiforme.

Autre diagnostic : avec les plaques muqueuses ; eh bien, rappelez-vous que les plaques muqueuses sont des érosions aplaties, quelquefois saillantes et végétantes, mais non creusées à l'emporte-pièce ; elles sont indolentes, non prurigineuses, elles ont de plus une fétidité particulière, sui generis, elles sont accompagnées d'adénopathie qui dépend du chancre qui les a précédées, tandis que l'adénopathie de l'herpès est insignifiante, je le répète ; enfin, il y a coexistence de plaques muqueuses de la gorge, de roséole. L'herpès de Legendre, l'herpès à cicatrisation hypertrophique peut donner lieu à des difficultés, mais, je vous l'ai dit, son évolution est beaucoup plus limitée que celle des plaques muqueuses, car il guérit en quinze jours au plus.

Ce sont là des diagnostics vraiment importants ; les suivants ont une importance plutôt théorique : la balanopostite érosive peut être accompagnée de petites excoriations, mais celles-ci sont tout à fait superficielles, assez larges, diffuses, elles n'intéressent que l'épiderme, elles reposent sur une rougeur générale du gland et du prépuce. Le diagnostic est également facile avec les gerçures et les érosions traumatiques, dues à un violent coït. Ces gerçures sont allongées, cuisantes, douloureuses, et elles ont de plus un siège particulier, chez la femme la fourchette, jamais les grandes et les petites lèvres ; chez l'homme, le filet et le sillon balanopréputial, jamais dans d'autres régions.

J'en arrive au traitement. Celui-ci est bien simple dans certains cas : quand il s'agit d'un herpès peu confluent, il suffit de prescrire des soins de propreté et des poudres inertes ou légèrement astringentes ; le moyen qui me réussit le mieux, c'est un mélange de poudre de talc ou d'amidon et de poudre d'alun ; cette poudre cuit un peu mais réussit bien. Dans d'autres cas, si vous craignez la légère douleur due à l'alun, vous pourrez vous contenter de lotions à l'eau blanche. Quand les ulcérations sont tenaces, employez le nitrate d'argent au vingtième. Quand il s'agit d'herpès confluent, j'ai surtout en vue celui de la vulve, le meilleur est l'application de compresses de tartalane imbibées d'eau boricuée, et, quand l'irritation périphérique est guérie, on peut saupoudrer avec une poudre inerte additionnée de poudre d'acide borique. Voilà le traitement de la poussée d'herpès, traitement très simple, très facile, car la guérison se fait pour ainsi dire toute seule.

Mais ce n'est pas seulement qu'on attend de vous : dans les cas d'herpès récidivant, les sujets sont pris d'herpès à de multiples reprises et sont quelquefois en proie à de grandes frayeurs, se croyant à chaque éruption pris de maladie syphilitique. Eh bien, pour cela, je ne connais pas de médicament bien puissant. J'ai employé l'arsenic qui ne m'a pas donné des résultats très brillants, on a prescrit également les eaux sulfureuses Uriage ; mais cet herpès récidivant disparaît de lui-même vers l'âge de trente ans, et les malades, après un certain nombre de séjours à Uriage, voient disparaître leur herpès ; cette disparition est due en réalité à l'âge. Pour l'herpès névralgique, on a également tout essayé. Application de nitrate d'argent réussit ou ne réussit pas. Le meilleur est l'application de pommades calmantes au chlorhydrate de cocaïne ou de morphine au centième, mais, dans certains cas, ces pommades sont insuffisantes et vous serez obligés de recourir à la médication interne, vous donnerez des hypnotiques et quelquefois, même avec les médicaments, vous ne réussirez pas à calmer les douleurs.

(Indépendance médicale)

REVUE PROFESSIONNELLE

Monsieur le Directeur,

Mes critiques, je vois, n'ont pas eu le don de plaire à M. le professeur Sévérin Lachapelle.

Le cher maître est bien mal placé, comme le sont d'ailleurs tous ses collègues, pour défendre la Faculté, car il ne faut pas être très ancien pour connaître l'opinion que ces Messieurs avaient les uns des autres, et savoir ce qu'ils pensaient de leur enseignement respectif à une époque qui n'est pas encore très éloignée.

C'est aujourd'hui comme alors, les mêmes hommes, les mêmes principes, la même organisation.

Les quelques modifications qui ont été faites dans l'enseignement ne sont pas en rapport avec les ressources dont l'École dispose, ni avec les progrès réalisés dans la science médicale depuis vingt ans.

A certaine partie de la lettre de protestation de M. le Dr. S. Lachapelle, dont le ton rappelle plutôt le *husting* que la tribune universitaire, je répondrai par ces mots de Sosie à Mercure dans l'Amphytrion de Molière :

" Pour des injures,
Dis m'en tant que tu voudras :
Ce sont légères blessures,
Et je ne m'en fâche pas. "

Dans le monde, c'est sur la joue de celui qui donne des soufflets comme ceux du distingué professeur qu'apparaît certain lustre.

Monsieur le docteur nous laisse entendre que chacun des professeurs protestera en son nom personnel, et que la Faculté produira une plaidoirie officielle : eh bien, nous attendrons le tout pour répondre à l'autre partie de sa lettre, en même temps qu'à ses collègues.

Si la Faculté se tait, c'est qu'elle n'a rien à dire.

DR. DESPLIN.

RECIPROCITE INTERPROVINCIALE.

Tous admettent, sinon l'absolue nécessité, du moins l'utilité de la création d'une licence médicale interprovinciale.

Mais, si tout le monde est d'accord sur le principe d'une telle mesure, il est bien permis de différer d'opinion sur ses moyens d'application.

A sa séance du mois de juillet dernier, le Bureau médical de la Province de Québec adoptait unanimement, la résolution suivante :

" Il est résolu, que le Bureau médical de la Province de Québec est favorable à une mesure qui donnerait la réciprocité entre toutes les provinces en établissant un bureau fédéral, mais à la condition que l'autonomie provinciale soit respectée et que chaque province conserve tous ses droits et sa liberté d'action. "

Nous attirons spécialement l'attention de nos lecteurs sur les lignes en italiques, qui contiennent l'expression, croyons-nous, du vœu unanime de la profession.

Or, nous nous demandons si le projet de réciprocité, adopté à Toronto, par l'Association médicale canadienne répond à ce désiratum du Bureau médical ?

D'après ce nouveau plan, on demandera au Parlement d'Ottawa de créer un Bureau médical central ou fédéral composé de trois représentants de chaque province et de lui donner, entre autres, les pouvoirs suivants :

Elire un Président, un Vice-Président et un Régistrateur qui pourra cumuler les fonctions de Secrétaire et Trésorier ;

Faire subir un examen d'admission à l'étude ou, tout au moins, dresser pour les provinces, le programme d'études exigées pour telle admission (ce point n'étant pas encore définitivement réglé) ;

Rédiger le programme et la durée des études médicales requis pour l'enregistrement interprovincial ;

Enfin établir un Bureau Central d'examineurs devant lequel devront se présenter les candidats à la licence fédérale.

Comme on le voit, ces pouvoirs sont très amples — si étendus même, qu'à nos yeux, ils constituent un empiètement grave sur l'autonomie des provinces, leur enlevant la partie la plus précieuse de leurs droits et restreignant à d'étroites limites leur liberté d'action.

Quels sont, après tout, les droits concédés à notre Bureau médical par les articles 3969, 3982 et 3983 des statuts refondus, P. Q. ?

- 1° Régler la durée et la nature du cours des études médicales ;
- 2° Surveiller ces études dans les écoles établies à cette fin ;
- 3° Contrôler les examens pour l'obtention des degrés universitaires de médecine ;
- 4° Faire subir les examens requis pour obtenir la patente pour admission à l'étude ou à la pratique, à ceux qui ne sont pas bacheliers en lettres, etc., ou licenciés en médecine ;
- 5° Tenir un registre des médecins habiles à pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique ;
- 6° Prévenir ou faire punir la pratique illégale de la médecine.

L'analogie entre les pouvoirs accordés à notre Bureau et les pouvoirs sollicités par le Bureau fédéral saute aux yeux !

Nous aurons donc deux Bureaux médicaux dotés d'attributions législatives concurrentes.

Théoriquement les provinces conservent leurs droits, mais, en pratique, leur liberté d'action sera entravée, amoindrie, annihilée parce qu'il est impossible que de deux corporations similaires, investies des mêmes pouvoirs et ayant le même champ d'action, l'une ne finisse par obtenir la prépondérance sur l'autre.

Or, ou cette licence provinciale sera haut cotée et avidement recherchée par le plus grand nombre des étudiants, ou elle ne sera prise que par une infime minorité.

Dans ce dernier cas, pourquoi une organisation si compliquée, si dispendieuse, si dangereuse dans ses tendances, si ambitieuse dans ses demandes, pour accommoder une poignée de médecins et d'étudiants ?

Dans le premier cas, entraînés par la force naturelle des choses, poussés par l'intérêt et peut-être aussi par les Universités, les candidats à l'étude et à la pratique de la médecine se conformeront purement et simplement aux conditions posées par le Bureau Central, sans se soucier des prescriptions des bureaux provinciaux.

Voyons les résultats !

Aujourd'hui, A. B. veut étudier la médecine.

Il lui faut d'abord obtenir son brevet d'admission à l'étude du Bureau provincial, soit en présentant un diplôme de bachelier, soit en subissant un examen devant des examinateurs nommés et suivant un programme déterminé par les autorités provinciales.

Ensuite, il devra suivre un cours d'études médicales dont la durée, les matières, le nombre des leçons, etc., sont encore réglés par le Bureau des médecins.

De plus, il devra subir un examen préliminaire et un examen final devant les assesseurs provinciaux qui sont chargés :

- " 1° De juger si les élèves possèdent une connaissance suffisante des sujets sur lesquels ils sont examinés.

" 2° S'assurer si les élèves ont suivi les cours tels qu'exigés par la loi.

" 3° Examiner les certificats d'admission à l'étude de la médecine, ainsi que les cartes de cours, d'hôpital et de maternité.

" 4° Faire rapport au Bureau, et dans le cas de rapport défavorable pour aucune université, collège ou école de médecine, faire refuser la licence aux élèves de telle institution." (Statuts C. M. et C. P. Q. Chap. X, art. III et IV.)

Enfin, A. B. sur présentation de son diplôme universitaire, obtiendra sa licence provinciale, après avoir établi qu'il s'est en tout conformé au règlement du Collège des médecins.

C'est-à-dire, que depuis son admission à l'étude, jusqu'à son entrée en pratique, notre jeune médecin aura toujours été sous la surveillance, la direction et le contrôle immédiat du Bureau provincial.

Maintenant, C. D. veut aussi embrasser la carrière médicale, mais il aspire à la licence fédérale qui lui permettra de s'établir dans n'importe quelle province, d'obtenir les emplois médicaux du gouvernement d'Ottawa, v. g, milice, quarantaines, pénitenciers, etc.

Il passera donc son examen d'admission à l'étude soit devant les examinateurs nommés par le Bureau fédéral, soit sur un programme proposé aux provinces par la même autorité. Même s'il a échoué devant les examinateurs provinciaux, il pourra se prévaloir des exigences moindres du Bureau Central pour l'immatriculation; exigences sur lesquelles nous attirerons bientôt l'attention des lecteurs de *La Revue médicale*.

C. D., admis à l'étude, suivra pendant quatre ans les cours d'une école de médecine ayant adopté le *curriculum* des autorités fédérales, et pendant une cinquième année les cliniques dans un hôpital.

Enfin, son stage terminé, le Bureau Central d'examineurs jugera de ses capacités et lui accordera la licence fédérale.

Vous voyez d'ici l'air narquois du jeune Esculape se présentant devant nos gouverneurs et leur disant : " Je suis pour vous un inconnu, vous ignorez mes qualifications professionnelles, vous ne savez pas où j'ai étudié, si j'ai suivi régulièrement les cours d'une université ou d'une école de médecine soucieuse de bien former ses élèves, mais qu'importe, examinez ma licence fédérale, la loi vous y oblige, donnez-moi votre licence provinciale, comme fiche de consolation, voici quarante dollars. "

Et le Bureau provincial devra se soumettre. Cinquante élèves, en moyenne, se présentent, chaque année, pour la licence provinciale. Peu à peu ils seront entraînés, par le courant, vers Ottawa; à quoi se réduiront dans quelques années les fonctions de notre Bureau médical ?

Une fois son privilège le plus précieux, c'est-à-dire le contrôle des études, des étudiants et des institutions enseignantes, considérablement amoindri ou perdu, il ne lui restera plus qu'à surveiller l'enregistrement des médecins dont le flot ira toujours grossissant, et à tenir les charlatans en respect.

Vraiment le jeu n'en vaudrait pas la chandelle.

On nous taxera peut-être d'exagération, mais il est impossible de nier que le projet actuel portera une sérieuse atteinte à l'autonomie provinciale et par ses tendances essentiellement centralisatrices restreindra la liberté d'action des Bureaux provinciaux.

Le plan de réciprocité adopté à Québec, en 1898, valait beaucoup mieux sous ce rapport; d'abord parce qu'il n'exigeait qu'une *curriculum minimum* pour l'admission à l'étude et à la pratique, laissant aux provinces la liberté de l'améliorer, augmenter ou modifier à leur gré, et ensuite obligeait tous les candidats à la licence fédérale d'obtenir leur licence provinciale avant de pouvoir subir leur examen devant le comité central.

On saisit, du premier coup d'œil, la différence essentielle de ces

deux plans; celui de 1898 ne touchant en rien à l'organisation provinciale, respectant ses droits et privilèges, celui de 1899, au contraire, tendant à enlever aux bureaux locaux leur contrôle sur les programmes d'études, l'enseignement universitaire et les qualifications des candidats à la licence provinciale.

Dans la première alternative, le Bureau fédéral serait une succursale des Bureaux provinciaux avec *pouvoirs délégués*, dans la seconde, les Bureaux provinciaux deviendraient des succursales du Bureau fédéral, grâce à ces pouvoirs concurrents, devenus prépondérants par la force des circonstances.

Voilà, pour les caractères généraux du projet de loi, avec la bienveillante permission des lecteurs de *La Revue médicale*, nous reviendrons, dans un second article, sur les questions de détails.

L. J. A. SIBOIS.

Saint-Ferdinand d'Halifax, }
20 octobre 1899.

FORMULAIRE

AMÉNORRHÉE. — Lutaud.

Extrait de noix vomique.....	15 grains.
Arseniate de fer.....	12 —
Sulfate de manganèse sec.....	2½ drachmes.
Aloès.....	½ —

Divisez en 100 pilules. Dose : 3 pilules par jour.

(*Gazette méd. belge.*)

COLIQUES CHEZ L'ENFANT. — Hare.

Chloral.....	15 grains.
Bromure de potassium.....	32 —
Eau de menthe poivrée.....	2 onces.

Dose : Une cuillerée à thé dans de l'eau tiède toutes les quatre heures.

(*J. Amer. Med. Asso.*)

NOUVELLES.

HÔPITAL NOTRE-DAME. — Les élections annuelles du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame ont eu lieu samedi dernier et ont donné le résultat suivant :

Président, E. P. Lachapelle, réélu; secrétaire, Dr. A. Ethier; membres du conseil médical, Drs. J. P. Rottot, E. P. Lachapelle, A. R. Marsolais, J. D. Gauthier, L. A. Demers.

Le Dr. A. Lespérance, assistant interne, ayant donné sa démission pour aller se mettre en pratique, a été remplacé par le Dr. J. H. Choquette. Les gouverneurs visiteurs pour la semaine commençant le 23 octobre : Rodolphe Forget, Napoléon Hector Prévost, A. A. Wilson, lieutenant-colonel Hinshaw.

EXAMENS PHARMACEUTIQUES. — Voici la liste des personnes qui ont passé avec succès leurs examens à la dernière réunion du bureau de l'Association pharmaceutique de la Province de Québec : MM. le major L. Fortin, F. J. Lemaistre, G. A. Lapointe, A. D. Quintin, H. Guérin, G. P. Plamondon, A. E. Baldurin, J. Achille Roy, junior, Mlle A. A. Prévost, de Trois-Rivières; MM. J. P. H. Massicotte, H. E. Archambeault, J. V. Murray, Jos. Valois, J. McFarlane.

Mlle Prévost, de Trois-Rivières, est la première femme admise à la pratique de la pharmacie. Toutes nos félicitations.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX	PAGES
Ophthalmologie, Dr. Jéhin-Prume : traitement de la conjonctivite granulaire par l'électrolyse combinée au sublimé et au jéquirity.....	129
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Prédipositions tuberculeuses. — Le vertige paralysant. — Paralyse générale et tic aérophagique, par J. Ségles. — Percussion du cœur par dépression latérale, par M. Pic. — Etude clinique des troubles digestifs dans l'artério-sclérose, par M. Blind (de Paris).....	129
CHIRURGIE : Signification physiologique de la résection du sympathique dans la maladie de Basedow, l'épilepsie, l'idiotie et le glaucome, par M. François Franck. — Nouvelle contribution au traitement de la péritonite purulente diffuse, par Barthold Carlson	131
OBSTÉTRIQUE : Diagnostic de la chorée chez les femmes enceintes, par Gilles de la Tourette. — Traitement de la galactophorite suppurée par l'expression du sein	132
GYNÉCOLOGIE : Les tumeurs malignes primitives de la trompe, par M. Danel (these de Paris). — Fibrome et cancer utérins.....	133
PÉDIATRIE : Diagnostic différentiel des stomatites infantiles et leur traitement, par le Dr. Louis Leclercq, assistant aux Enfants assistés (suite). — Entérites et infections intestinales, par M. le Dr. B. Romme, préparateur à la faculté de médecine de Paris.....	134
THERAPEUTIQUE : Un cas d'hémophilie ; succès de l'injection de gélatine, par Rodolphe Heymann (de Leipzig). — De l'opothérapie.....	136
REVUE PROFESSIONNELLE	136
COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.....	136
QUESTIONS ET REPONSES.....	136
NOUVELLES.....	136

Travaux Originaux

Ophthalmologie

Dr. JÉHIN-PRUME.

Traitement de la conjonctivite granulaire par l'électrolyse combinée au sublimé et au jéquirity :

Le Dr. Henri Coppez, professeur agrégé à la faculté royale de médecine de Bruxelles, vient de publier un très intéressant travail sur le traitement de la *conjonctivite granulaire*.

Depuis longtemps cette maladie fait un peu le désespoir des spécialistes, et donna lieu à une série de communications des plus précieuses, parmi lesquelles, celle du Dr. H. Coppez prend un des premiers rangs.

Comme traitement de cette affection, nous avons eu une foule de méthodes plus ou moins bonnes. Parmi celles les plus passées en usage sont : les attouchements au *nitrate d'argent*, au *sulfate de cuivre*, les *scarifications*, le *brossage*, les différents *massage au chlorure de sodium*, à l'*acide borique*, à l'*iodoforme*. Les applications de *jéquirity*.

Enfin la méthode de notre maître, ABADIE et de son élève le Dr. DARIER, consistant à renverser la paupière à l'aide d'une pince spéciale, qui porte du reste le nom de son inventeur : "*La pince Darier*." Puis *scarifications profondes et vastes*, lavages avec une solution de *sublimé* au 1000iem. Ce traitement bien fait, donne d'excellents résultats, et moi-même, ai eu à m'en féliciter à plusieurs reprises.

Puis vint le traitement de M. de Wecker, par l'électrolyse. J'ai vu le Dr. de Wecker, et j'ai moi-même appliqué cette méthode, qui

consiste à promener sur la surface malade un instrument spécial se composant d'un porte-aiguille avec cinq aiguilles alignées en forme de fourchette. Ce porte-aiguille est en contact avec une pile de Gaiffe à courant continu. Chaque application dure environ de 20 à 30 secondes et est très douloureuse. Après, lavage à l'acide borique. Ces applications doivent être répétées environ tous les jours pendant trois ou quatre semaines.

M. le Dr. Coppez, préconise la méthode suivante :

a) Anesthésie au chloroforme ;

b) Avec la fourchette en acier de M. de Wecker, on produit un quadrillage électrolytique en promenant l'instrument de haut en bas, et de dedans en dehors.

Marche à suivre : On abaisse la paupière inférieure avec le pouce, de façon à bien étendre la conjonctive du cul-de-sac, puis après avoir opéré cette paupière, on passe à la supérieure que l'on retourne à l'aide de la pince de Darier. On termine par la région de l'angle interne, et l'on excise, si nécessaire, la caroncule et le repli semi-lunaire.

Durée : Pour bien électrolyser un sac conjonctival dans tous ses replis, il faut de vingt à vingt-cinq minutes.

Manœuvres accessoires : Durant et après l'opération, emploi du *sublimé* 4/100.

Soins consécutifs : L'œil doit rester bandé jusqu'au lendemain, puis instillations de cocaïne et compresses à l'eau boriquée tiède. Quelquefois une mince fausse membrane recouvre le sac conjonctival : ce sont ces cas qui guériront le plus rapidement.

Traitement médical ultérieur : Lorsque le larmolement a cessé et la fausse membrane disparue, on frotte chaque jour la conjonctive avec un tampon d'ouate imbibé de *sublimé* au 4/100. Il faut frotter vigoureusement.

Durée : Il est rare de devoir renouveler la séance d'électrolyse ; la durée du traitement est de trois semaines à un mois.

Complications de pannus : Dans les cas de conjonctivite granulaire compliqués de pannus, trois ou quatre jours après l'électrolyse, le Dr. Coppez imbibe la conjonctive tarsale à l'aide d'un pinceau, appliquant une solution de *jéquirity* à 5 %. Une forte réaction survient avec exsudation fibrineuse. Lavages au sublimé et la cornée s'éclaircit avec une rapidité merveilleuse.

Revue des journaux

MÉDECINE

Prédipositions tuberculeuses.

À côté des bacilliphiles et des bacillisables de naissance, que le bacille guette et la contagion menace au seuil même de l'existence, M. le professeur L. Landouzy place d'autres individualités qui font facile commerce avec la tuberculose par droit de conquête. De ce nombre sont les variolisés qui voient éclore la tuberculose 5 ou 10 ans après la fièvre éruptive ; les adultes affligés d'une taille démesurée, fluets, minces, toujours fatigués ; les trachéotomisés pour diphtérie. Depuis de longues années M. Perroud avait appelé notre attention sur ce point et montré que bien peu de trachéotomisés parviennent à l'âge d'homme.

L'alcoolisme, par les viciations organiques et fonctionnelles, prépare le lit à la tuberculose ; la rougeole et la coqueluche, lors qu'elles s'attaquent à des individus chétifs, favorisent singulièrement l'éclosion de la tuberculose. La syphilis, elle aussi, fait mauvais commerce avec la tuberculose.

Parmi les prédispositions innées, M. L. Landouzy en retient deux, les *véniens* et les *dystrophiques*.

Par cette expression *véniens*, il ne veut pas désigner les habitants de la ville des doges, mais un type de terrain humain qui se reconnaît à certaines particularités : peau blanche, fine, transparente, marbrée de veinules, souvent tachetée de macules ; système pileux soyeux, de coloration rousse ou rouge ; iris bleu, chairs molles ; sueurs faciles, parfois odorantes ; formes plutôt graciles et élégantes. L'auteur a soigné sept infirmiers roux dans les hôpitaux de Paris, tous les sept l'ont été pour tuberculose. Vient ensuite les débiles congénitaux, procréés par des parents tuberculeux, saturnins, alcooliques, syphilitiques, etc., ce sont là autant de terrains *innés* prédisposés à la tuberculose.

De cette étude sur les prédisposés, M. le professeur L. Landouzy tire des conclusions pratiques.

Supprimer par la vaccine le terrain variolisé en revaccinant et en rendant la vaccination obligatoire, garer avec un soin jaloux de toutes les sources bacillifères (ateliers, magasins, professions à poussières, etc.), les hommes de taille démesurée, les éloigner des centres urbains où ils trouveraient les sources et les occasions de contagion.

Considérer en matière de croup le tubage comme préférable à la trachéotomie et faire vivre les trachéotomisés comme les précédents hors des villes et à l'abri des poussières.

Eloigner les *véniens* des milieux hospitaliers et de tout foyer familial où aurait pénétré la tuberculose.

Se comporter vis-à-vis des fils de tuberculeux, des dystrophiques héréditaires, des bacilliphiles par droit de naissance, comme vis-à-vis des anciens croupoux. Demander pour eux le plein air, le jeu ou le travail dans les champs avec l'endurance qu'il procure.

Retenir dans les sanatoriums *suburbains* dit de première ligne les arrivés à la tuberculose, et dans des sanatoriums populaires de seconde ligne les prédisposés à la tuberculose, tels que le sanatorium Rénée Sabran de Gien.

(Revue de médecine.)

Le vertige paralysant.

Le *vertige paralysant* est une maladie singulière que le Dr. Gerlier a le premier signalée et décrite et qui est connue maintenant sous le nom de *maladie de Gerlier*, maladie bien étrange et dont le nom scientifique de vertige paralysant que lui a donné le Dr. Gerlier, exprime bien les deux principaux signes de l'accès qui la constitue : à savoir, des troubles de la vue et des parésies qui lui succèdent : un ouvrier travaillant aux champs s'arrête tout à coup et reste immobile, il veut faucher, sa faux lui échappe des mains, un véritable ptosis de la paupière supérieure l'empêche d'ouvrir les yeux, en même temps que sa tête reste fléchie par parésie des muscles extenseurs de la nuque ; il veut marcher, ses jambes fléchissent sous lui, il tombe comme terrassé ; un autre, resté à l'étable, veut traire ses vaches et ses doigts refusent de presser le pis : lorsqu'il veut manger, sa bouche ne peut s'ouvrir et cependant il ne sent d'autre mal, parfois, qu'une douleur rachialgique.

Cette maladie se montre par accès qui se répètent avec plus ou moins de fréquence, dans une même journée ; tantôt ces accès reviennent chaque jour, tantôt ils cessent pendant dix à quinze jours, pour reparaitre à nouveau ; dans l'intervalle des accès le malade ne sent aucun malaise. L'évolution complète de la maladie embrasse une durée variable de un à cinq mois. Elle se montre souvent sous forme d'épidémies de maison.

M. Gerlier l'a observée pour la première fois dans le pays de Gex, qu'il habite ; d'autres confrères l'ont observée dans le bassin du Léman, et, fait inattendu, elle a été observée depuis longtemps au Japon, où elle a été décrite une première fois par Nakano, sous le nom de *kubisagari*, et plus récemment, en 1896, par Mura, médecin de Tokio, envoyé par le gouvernement dans les districts où elle règne le plus ordinairement.

Son étiologie est encore assez obscure. M. Gerlier après avoir analysé les différentes conditions dans lesquelles elle se produit, arrive à cette conclusion qu'elle est une maladie estivale des campagnards, surtout de ceux que leurs occupations retiennent à l'étable ou à l'écurie, où trouvent un favorable terrain de culture, soit un microbe encore inconnu, soit un parasite cryptogamique analogue à ceux qu'on voit, à certaines années, se développer sur les végétaux, l'oïdium, par exemple, le mildiou, le black-rot, etc.

(M. BERGERON. — Bull. de l'académie de médecine.)

Paralysie générale et tic aérophagique.

Par J. SÉGLAS.

Observation concernant un homme de 34 ans, atteint d'abord d'un ictus cérébral, puis de préoccupations hypochondriaques, d'ordre stomacal, et bientôt après d'éructions particulières. Ces éructions consistaient dans l'existence de spasmes musculaires systématiquement harmonisés, de façon à provoquer alternativement la déglutition et l'expulsion d'une certaine quantité d'air atmosphérique, et que Séglas qualifie de *tic aérophagique*.

Une analyse méthodique des signes concomitants permet d'établir le diagnostic de paralysie générale au début, et d'attribuer le tic à cette maladie.

Le tic aérophagique ne s'accompagne pas de troubles gastriques ; les gaz éructés sont inodores et ont à peu de chose près, la composition de l'air atmosphérique.

L'éructation est précédée de pénétration de gaz dans l'estomac. Ce tic s'exagère à l'occasion des émotions ; il disparaît ou s'atténue sous l'influence de la volonté, de la distraction, de la lecture à haute voix, etc. On retrouve souvent à l'origine un trouble intellectuel.

Il s'agit là d'un syndrome commun à des affections différentes : à l'hystérie (Pitres), à des neuropsychopathies variées (obsessions, hypochondrie, délire de persécution), à la paralysie générale progressive.

Les affections diverses dans lesquelles on rencontre ce syndrome ont cette note commune de s'accompagner de troubles intellectuels. De telle sorte que le tic aérophagique comporte un côté physique et un côté mental. Il rentre ainsi dans la catégorie des actes idéo ou sensorio-moteurs : une sensation, une idée, une tendance impulsive surgit dans la vie mentale, et tend à se transformer en mouvement, d'autant plus fortement que le contrôle psychique (*self-control*) est plus faible.

(Sem. méd. — Rev. neurol.)

Percussion du cœur par dépression latérale.

Par M. PRO.

Cette méthode de percussion qui consiste à percuter légèrement sur le médius avec un seul doigt, pendant que l'index et l'annulaire font une pression pour étouffer les vibrations, a, de sa part, fait le sujet d'études depuis trois à quatre ans. Sur dix malades chez lesquels il a pu vérifier la valeur de la percussion *post mortem*, le tracé de la paroi thoracique répondait au volume du cœur, ce qu'on a pu vérifier par des aiguilles enfoncées à travers la paroi. Cette méthode permet de limiter en clinique la matité relative du cœur. Elle est supérieure à la percussion classique, à la percussion

auscultée, qui a eu un regain d'actualité avec la phonendoscopie, à la radiographie, et elle demande moins d'instrumentation que la radioscopie. Il a étudié les variations physiologiques et pathologique (symphyse cardiaque, insuffisance mitrale, rétrécissement mitral, etc., etc.), de la matité cardiaque. Elle renseigne surtout sur la matité du ventricule droit. En somme, ce procédé a pour lui des expériences anatomiques et, à cause de sa facilité, mérite d'entrer dans le domaine de la clinique.

M. MONOYER, à ce propos, tient à dire que, d'après ses expériences, le phonendoscope est un procédé de valeur nulle comme succédané de la percussion, attendu que les phénomènes dépendent uniquement du degré de tension des teguments percutés.

(Lyon médical).

Etude clinique des troubles digestifs dans l'arterio-sclérose.

Par M. BLIND (de Paris).

Tandis que les cardiopathies vasculaires affectent le type hypopeptique, il n'en est pas de même dans les cardiopathies artérielles. Je diviserai, avec M. Huchard, l'évolution de l'artério-sclérose en quatre périodes. Dans la première, celle du spasme artério-capillaire on n'a pas pu démontrer jusqu'ici le spasme des vaisseaux de l'estomac. Dans la deuxième période, celle de l'hypertension artérielle, on constate, au début de la digestion, des bouffées de chaleur, s'accompagnant de lourdeur de la tête, de tendance au sommeil, parfois de vomissements et de pyrosis ; à l'analyse du suc gastrique, on trouve de l'hyperchlorhydrie. La souffrance de l'estomac se traduit par une élévation réflexe de la circulation pulmonaire ; le cœur, qui lutte déjà contre l'hypertension dans la grande circulation, se trouve ainsi pris entre deux hypertensions ; il en résulte d'abord de la tachycardie, puis de l'arythmie, enfin, de la dilatation, dilatation qui n'obéira pas à la digitale, mais au régime.

Dans la période de la sclérose artérielle, il convient d'accorder une attention spéciale aux phénomènes douloureux de la région sterno-épigastrique, mais aussi et souvent d'aortite, de péri-aortite, de coronarite ; il faut faire le diagnostic avec beaucoup d'attention pour ne pas passer à côté d'accès d'angine de poitrine légers en les considérant comme gastralgies.

Dans la période des scléroses viscérales avec insuffisance des organes sclérosés, l'artério-sclérose se rapproche de l'asytologique vulvaire comme type de chimisme gastrique. Il est mitro artériel, avec un estomac hypopeptique ou apeptique. L'artério-sclérose de l'estomac même est représenté par le *linitis plastique* ou inflammation cirrhotique de l'estomac.

(Congrès de Lille.)

CHIRURGIE

Signification physiologique de la résection du sympathique dans la maladie de Basedow, l'épilepsie, l'idiotie et le glaucome.

Par M. FRANCOIS FRANCK.

La sympathectomie est une opération à l'ordre du jour. Le chirurgien en connaît il bien tous les effets ?

L'auteur les fait connaître dans une étude d'ensemble s'appuyant en partie sur ses propres recherches. Il s'arrête aux conclusions suivantes :

1° Le cordon cervical du sympathique agit comme nerf propulseur du globe oculaire, grâce à son action sur le muscle de Müller (et non par une action vaso-dilatatrice rétro-oculaire non démontrée). Sa section supprime ou atténue l'exophtalmie ;

2° Ce nerf agit sur la circulation intra-oculaire à la fois comme constricteur et comme dilatateur des vaisseaux ; sa section diminue la tension intra-oculaire et pourrait intervenir utilement dans le glaucome ;

3° Le sympathique cervical n'agit pas comme vaso-dilatateur thyroïdien ; il fait contracter les vaisseaux du corps thyroïde ; sa section ne peut dès lors qu'ajouter une vaso-dilatation paralytique à la congestion active du goître exophtalmique. Les nerfs vaso-dilatateurs thyroïdiens sont contenus dans les laryngés, surtout dans le supérieur, nerfs qui échappent aux tentatives de résection ;

4° Aucune expérience n'a démontré l'action encito-sécrétoire thyroïdienne du sympathique. La résection de ce nerf n'agit vraisemblablement pas pour atténuer la sécrétion thyroïdienne, du moins d'une façon directe ;

5° L'action vaso-constrictive cérébrale du sympathique n'est pas douteuse ; son action vaso-dilatatrice n'est encore qu'hypothétique.

Par suite, la section du cordon cervical ne peut qu'activer le courant sanguin cérébral. Le bénéfice qu'on en peut retirer au point de vue de la maladie de Basedow et de l'épilepsie nous semble au moins problématique, la théorie de l'anémie cérébrale dans ces deux affections restant très discutable ;

6° Le sympathique cervical n'agit pas directement sur les vaisseaux protubérantiels, bulbaires et spinaux supérieurs : c'est au nerf vertébral qu'est dévolue cette fonction vaso-motrice. Nous ne connaissons que l'action vaso-constrictive de ce nerf ; son effet vaso-dilatateur direct n'a pas été clairement établi ;

7° Les nerfs cardiaques accélérateurs du sympathique ne sont fournis qu'en faible portion par le cordon cervical ; ils émanent en majorité de la région thoracique supérieure. Leur suppression n'est dès lors complète que dans la résection totale ;

8° Tout l'appareil sympathique, tant thoracique que cervical, superficiel et profond, est doué de la sensibilité directe, et transmette au bulbe et à la moëlle cervico-dorsale des effets centripètes provenant surtout du cœur et de l'aorte.

“ Il nous paraît logique de penser que la résection du sympathique agit au moins autant pour supprimer la transmission vers les centres d'excitations anormales d'origine cardio-aortique, que pour supprimer des influences centrifuges thyroïdiennes, encéphaliques et cardiaques.

Les irritations aortiques et cardiaques, tout comme celles du sympathique, sont capables de provoquer un ensemble de réactions circulatoires qui rappellent les accidents de la maladie de Basedow, y compris la vaso-dilatation thyroïdienne ; par suite les effets de la résection totale du sympathique s'expliqueraient par la suppression des voies de transmission centripète, dans les formes réflexes d'origine aortique.

Cette notion nouvelle de la sensibilité aortique transmise par le sympathique thoraco-cervical suggérera peut-être l'idée de pratiquer la résection dans l'angine de poitrine.

Mais nous n'avons pas à apprécier la valeur clinique de la sympathectomie, désirant nous borner à fournir aux cliniciens des indications dont ils pourraient avoir à tirer parti.”

(Bull. acad. méd. — Rev. neurol.)

Nouvelle contribution au traitement de la peritonite purulente diffuse.

Par BARTHOLD CARLSON.

L'auteur, qui a déjà abordé ce sujet l'an dernier, apporte cinq nouvelles observations qui sont à joindre aux huit précédemment publiées. Elles représentent non seulement sa statistique intégrale, mais la totalité des cas qu'il a pu opérer. Sur ces 13 cas, il a obtenu

quatre guérisons. Les causes étaient l'appendicite, 4 fois ; un ulcère perforant de l'intestin ou de l'estomac, 1 ; l'ulcère, 3, et le cancer de l'estomac, 1 ; inconnues ou douteuses, 4. Bien que la précocité de l'opération soit une des conditions du succès, elle n'en est pas la seule. En ce qui concerne les perforations de l'estomac, il faut notamment tenir grand compte, comme l'a montré Leunander, de son état de vacuité ou de réplétion avant la perforation, des mouvements du blessé après, etc. L'auteur se prononce résolument en faveur de la légitimité de l'intervention ; le shock n'est pas une contre-indication, au contraire, car entre l'anesthésie générale ou locale et les stimulants, on peut passer outre, et, d'autre part, la laparotomie soulage les malades en faisant cesser la dyspnée et la cyanose. L'auteur eut ainsi la satisfaction de voir guérir un malade que tous considéraient comme perdu. Les résultats les plus favorables s'obtiennent avec les péritonites appendiculaires ; les perforations stomacales ont un pronostic très sombre : l'auteur a perdu tous ses malades, opérés cependant de trois à dix-huit heures après le début apparent des accidents. Tous avaient, il est vrai, mangé ou bu avant ou après la perforation. La technique opératoire de l'auteur est la suivante : incision au niveau du point de départ supposé de la péritonite et premier examen du ventre. Les autres incisions abdominales sont faites en coupant sur les doigts de la main gauche enfoncée dans la première incision ; on y gagne d'aller plus vite et de ne point s'exposer à tomber sur des adhérences à respecter. D'une manière générale, il fait au moins trois incisions abdominales : une sur la ligne médiane, deux dans les fosses iliaques (celle de gauche un peu plus haute que la droite, afin que le drainage ne comprime pas l'S iliaque). Des contre-ouvertures nouvelles sont ajoutées suivant le cas (lombaire, vaginale, etc.). Suture ou tamponnement des perforations rencontrées (résection de l'appendice, etc. Lavage du péritoine et des viscères avec la solution physiologique de sel marin : essuyage puis drainage par les ouvertures sus-indiquées qu'on laisse ouvertes ou qu'on rétrécit tout simplement. Le drainage se fait à la gaze ou avec des tubes et de la gaze, mais le plus grand soin veille à son établissement le long et de chaque côté des côlons, dans les fosses iliaques, dans le petit bassin, etc. L'épiploon a été réséqué, car il est trop difficile à désinfecter et il gêne le drainage.

Les autopsies ont montré à l'auteur le fonctionnement souvent parfait et l'innocuité de ce large drainage. Quelle est alors la cause de la mort ? Probablement une intoxication dont le remède reste à trouver. En finissant, Carlson s'élève contre le pessimisme de Sonnenbourg, considérant le drainage comme illusoire, ou contre la pratique peu chirurgicale qui consiste à refermer purement et simplement une cavité qui suppure.

(Gazette des hôpitaux).

OBSTÉTRIQUE

Diagnostic de la chorée chez les femmes enceintes.

PAR GILLES DE LA TOURETTE.

Voilà deux femmes en état de gestation, en proie toutes les deux à un ensemble de mouvements incoordonnés qu'on pourrait à la rigueur, si l'on ne s'en tenait qu'aux apparences, qualifier de choréiques. L'étude attentive non seulement de l'état présent, mais encore celle, plus difficile, du passé pathologique, en nous révélant l'existence de la maladie des tics convulsifs, nous a montré que la chorée n'était pas en cause et qu'il n'y avait pas lieu d'ajouter deux nouveaux cas à ceux qu'on a publiés sous le nom de chorea gravidarium. Les tics relevant au premier chef de l'hérédité nerveuse, la grossesse n'a pris aucune part à leur genèse, d'autant qu'ils exis-

taient déjà pendant l'enfance. Tout au plus a-t-elle pu provoquer un paroxysme et encore, étant donnée la nature toute psychique de l'affection, n'a-t-elle pas agi, pour produire leur exaltation temporaire, beaucoup plus par les perturbations morales dont elle est si souvent accompagnée que par les changements physiques qu'elle apporte dans l'organisme ? Quoi qu'il en soit, ces deux cas, à mon avis, comportent un grand enseignement aux deux points de vue théorique et pratique intimement liés l'un à l'autre dans la circonstance ; je m'en vais vous le démontrer.

Je vous ai dit au début de cette leçon que l'histoire de la chorea gravidarum avait besoin d'être revisée ; que les observations anciennes devaient être revues à la lumière des notions scientifiques récemment acquises ; que les cas récents, peu nombreux d'ailleurs, me paraissaient également justiciables de la même révision ; que la chorea gravidarum me semblait avoir été formée d'éléments disparates qui ne permettent guère aujourd'hui de lui conserver l'autonomie nosographique qu'on lui accordait si libéralement autrefois ; que, en un mot, si vous voulez connaître le fond de ma pensée, la chorée de Sydenham n'existant plus après la puberté et la chorée chronique étant chose très rare, c'est à l'hystérie et à la maladie des tics convulsifs qu'il faut attribuer la plupart sinon la totalité des cas d'incoordination motrice qui se montrent chez les femmes enceintes.

Le côté théorique ou nosographique de la question étant tranché ou bien près de l'être dans ce sens, le côté pratique bénéficie singulièrement du mode d'interprétation que nous venons d'adopter. Vous n'ignorez pas, en effet, que dans nombre de cas de chorea gravidarum on est intervenu par l'avortement pour faire cesser l'ensemble symptomatique ainsi constitué. On n'hésitait pas à sacrifier l'enfant pour sauver la vie de la mère, menacée, pensait-on, par l'état choréique. Je ne ferai pas ici, pour beaucoup de raisons déjà exposées, la critique des observations où l'on est ainsi intervenu : il en est dans lesquelles l'intervention a semblé calmer ou faire disparaître l'état nerveux : d'autres où cet état a persisté ; d'autres où la mort de la mère n'a paru étrangère à l'avortement provoqué. Et bien, s'il n'existe pas de maladie propre, survenant directement sous l'influence de la grossesse, de chorea gravidarum en un mot, pourquoi intervenir de cette façon qui toujours sacrifie au moins une existence ? La maladie des tics et l'hystérie d'où semblent bien relever la plupart des mouvements dits choréiques observés chez les femmes enceintes sont incapables de déterminer la mort d'une femme en gestation, tout au plus pourraient-elles influencer défavorablement le produit de la conception. Dans tous les cas, elles ne le compromettraient pas davantage qu'une intervention opératoire qui a pour but essentiel de le supprimer.

Je crois donc, et c'est la conclusion très pratique à tirer de cette leçon, qu'en présence d'une femme enceinte affectée de mouvements dits choréiques, même si l'agitation musculaire est très intense et si l'insomnie et un état mental sérieux l'accompagnent — ce qui était le cas chez nos deux malades, — il faudra réfléchir à deux fois avant de conseiller une intervention. Il faudra surtout bien peser tous les éléments du problème, sa solution résidant tout entière dans un diagnostic précis, et je crois que la recherche de celui-ci montrera, je n'ose pas encore dire dans tous les cas, mais j'en suis bien près, que l'affection nerveuse en présence de laquelle on se trouve n'est en aucune façon justiciable d'une intervention opératoire avec les très graves conséquences qu'elle comporte par elle-même.

La chorea gravidarum me paraît, dans l'état actuel de la science, devoir être rayé du cadre nosographique au même titre que la tétanie des femmes enceintes que, pour ma part, j'ai contribué à faire entrer dans le domaine de l'hystérie.

(La Semaine méd.)

Traitement de la galactophorite suppurée par l'expression du sein.

On sait que c'est M. le professeur Budin qui a montré que, dans la première période des abcès du sein, alors que le conduit galactophore était seul atteint, on pouvait, par une expression faite suivant certaines règles, vider l'abcès commençant et arrêter son extension au reste de la glande. MM. Commandeur et Thévenot publient sur ce sujet, dans le *Lyon médical*, une observation très probante, montrant l'excellent résultat qu'on peut obtenir de cette méthode dont nous rappellerons la technique d'après ces auteurs.

La réussite de la méthode du professeur Budin comporte un certain nombre de points importants :

L'évacuation du sein doit être pratiquée le plus près possible du début des accidents. En effet, la suppuration est purement endocanaliculaire. Il faut un certain temps pour que la paroi des conduits galactophores et des acini soit détruite et par conséquent pour que le tissu conjonctif du lobule soit atteint. Au bout de quatre à six jours (Damourette), celui-ci est sûrement envahi et l'expression ne donnera aucun résultat ; un plegmon du sein évoluera malgré tout.

D'autre part, la coexistence d'une lymphangite est une condition défavorable à l'expression du sein, car on peut alors favoriser son extension. Cependant, quand cette lymphangite est seulement superficielle, elle ne contre-indique pas l'opération.

Voici maintenant quel est le manuel opératoire exposé par M. Budin et ses élèves. L'expression doit être faite avec les deux mains. Les pressions sont exercées toujours d'arrière en avant et doivent être lentes, progressives et soutenues. Il faut vider d'abord la portion juxta-mamelonnaire des canaux galactophores et leurs sinus, puis s'attaquer aux acini. Les lobules sont saisis et exprimés des parties profondes vers le mamelon. On doit insister tout particulièrement sur les lobules qui paraissent le plus atteints et qui sont plus durs et plus douloureux à la pression.

L'expression doit être continuée jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de pus par le mamelon et que la glande ait repris une souplesse relative. Pour arriver à ce résultat il faut un temps assez long, de vingt à trente minutes au moins pour la première expression.

M. Budin conseille de renouveler l'expression matin et soir pendant deux ou trois jours. Chez la malade dont il est question ici, deux séances pour chaque sein ont suffi à faire disparaître complètement la suppuration. En pratique, elle sera renouvelée jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de pus par le mamelon.

La douleur provoquée par l'expression du sein est très supportable à la condition que la manœuvre soit faite sans brutalité, juste avec l'effort nécessaire pour déterminer la sortie du liquide. Cependant chez les malades pusillanimes lorsque la douleur est par trop vive, on est autorisé, en présence de la valeur thérapeutique de la méthode, à pratiquer l'éthérisation. Éviter un abcès du sein vaut bien une anesthésie, que l'incision du sein rendrait plus tard nécessaire.

M. Legroux a cherché à substituer la succion à l'expression, de manière à rendre l'évacuation de la glande moins douloureuse et éviter l'extension de la lymphangite profonde lorsqu'elle existe. Il se sert à cet effet d'une ventouse à pompe. Il semble qu'il sera toujours plus difficile de vider complètement le sein avec cet instrument qu'avec les doigts qui peuvent reconnaître les lobules les plus malades et exercer sur eux des pressions jusqu'à ce qu'ils aient repris la souplesse désirable. La main est encore le meilleur des instruments et il faut éviter au praticien toute complication de son arsenal.

Le traitement par l'expression sera complété dans l'intervalle des séances par l'application d'un pansement humide, antiseptique, qui suspendra en même temps le sein.

On peut donc considérer aujourd'hui l'expression du sein com-

me la méthode de choix dans le traitement des suppurations du sein à point de départ endocanaliculaire, à la condition qu'elle soit appliquée de bonne heure, avant que le pus ait franchi la barrière des acini et des conduits galactophores. Elle permet d'obtenir à peu près dans tous les cas l'arrêt du processus inflammatoire et la guérison, non pas en quelques jours, mais en quelques heures. Elle sera toujours applicable chez les accouchées soumises à une surveillance éclairée, à la condition que l'examen du sein soit fait à toute élévation de température et que le diagnostic précoce de la galactophorite soit porté. Les incontestables services que la méthode de M. Budin a déjà rendus en font un agent thérapeutique de haute valeur digne en tout point d'être vulgarisé.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

GYNECOLOGIE

Les tumeurs malignes primitives de la trompe.

Par M. DANIEL (Thèse de Paris).

L'existence du cancer primitif de la trompe utérine est aujourd'hui scientifiquement établie.

C'est une maladie rare de l'oviducte, puisque dans son étude M. DANIEL n'a pu en réunir que 35 observations authentiques. Dans un grand nombre de cas de cancer dit tubaire, il s'agissait d'une infection secondaire ayant son point de départ dans l'ovaire et l'utérus. Ce cancer secondaire est lui-même une affection peu fréquente.

Les tumeurs malignes de l'oviducte se manifestent presque toujours vers la ménopause ou dans les années qui la suivent. La presque totalité des cas observés s'est rencontrée entre 40 et 60 ans.

Cette affection frappe de préférence les multipares ou encore des femmes qui n'ont eu qu'un seul accouchement à une époque déjà éloignée de leur existence. Chez les rares multipares atteintes de cancer tubaire, la dernière grossesse remontait assez haut, 12 ans, 23 ans, par exemple.

Le cancer de la trompe est toujours un cancer médullaire, encéphaloïde.

Il n'existe pas de "forme squirrheuse à comparer quelque peu avec le carcinome squirreux des glandes."

Au point de vue histologique, les tumeurs malignes comprennent des néoplasmes épithéliaux ou conjonctifs. On connaît un cas de déciduome malin.

Le traitement consistera dans la salpingectomie pour les interventions hâtives. Il est de beaucoup préférable d'enlever les deux trompes, pour peu que l'autre soit suspecte. Dans les cas plus avancés, la seule ressource sera la castration abdominale totale.

(*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*)

Fibrome et cancer utérins.

Les complications du fibrome utérin sont nombreuses, de telle sorte qu'on ne peut pas dire que cette tumeur soit essentiellement bénigne.

L'une des plus redoutables est la coïncidence d'un cancer épithélial.

D'après M. VERSTRATE (thèse de Paris), l'existence de ces deux néoplasmes, fibrome et cancer, dans un même utérus est considérée comme rare ; toutefois, depuis que l'attention a été attirée de ce côté, les cas se multiplient.

D'après l'étude que nous avons faite de toutes les observations que nous avons pu trouver, il nous semble que la coexistence du cancer épithélial et du fibrome de l'utérus n'est pas un fait de pur hasard.

Dans les cas où il y a fibromes et cancer du corps, on invoque la transformation de l'endométrite glandulaire, amenée par le fibrome, en adénome métatypique et en carcinome.

La même théorie est probablement applicable aux cas un peu plus fréquents où il y a fibrome du corps et épithélioma du col. Cependant, pour expliquer ce fait, d'autres mécanismes que nous avons exposés longuement ont été invoqués, tels que : irritation lente, chronique, entretenue dans l'utérus par le fibrome ; troubles mécaniques (tiraillement, déviation du col utérin) s'accompagnant de modifications dans la circulation, écoulements de nature différente donnant lieu à des modifications anatomiques profondes de la muqueuse du col.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

PEDIATRIE

Diagnostic différentiel des stomatites infantiles et leur traitement

Par le Dr. LOUIS LECLERCQ, assistant aux Enfants-Assistés.

(Suite)

L'ulcéro-membraneuse, comme nous l'avons vu, est également gangréneuse, mais les phénomènes pathologiques n'évoluant pas avec autant de violence que dans le noma, elle ne peut avoir des symptômes locaux et généraux aussi accentués.

La fétidité, la salivation, la douleur, l'engorgement des ganglions, la fièvre, tout existe, mais à un moindre degré. L'ulcération n'est plus aussi étendue ni aussi profonde, elle n'atteint pas dans sa totalité, et la joue, les lèvres et l'arcade alvéolo-dentaire, la gencive seule est habituellement atteinte. L'ulcération est grisâtre et les bords décollés en sont irréguliers. L'organisme n'a plus cette empreinte de misère que nous lui trouvons dans le noma, ce n'est plus de l'affaiblissement, ce n'est plus une affection greffée sur un organisme épuisé que nous devons traiter, mais une affection ayant abattu un organisme sain. Cette différence est telle qu'elle décidera du pronostic. La guérison sera la règle dans l'ulcéro-membraneuse tandis que la mort est la conséquence presque inévitable du noma.

Le diagnostic différentiel entre les aphtes et l'herpès est beaucoup plus délicat. Les symptômes généraux sont les mêmes, l'éruption vésiculeuse et les ulcérations qui leur succèdent ont beaucoup de ressemblance. Il n'y a entre elles que des nuances assez difficiles à saisir ; cependant dans l'herpès les éléments sont excessivement petits, ressemblent à des têtes d'épingles, toujours groupés, et parsemés en grand nombre dans toute la bouche, quelquefois une éruption cutanée aide ou corrobore le diagnostic ; dans la stomatite aphteuse les éléments sont plus larges et l'éruption plus discrète.

Pour ne pas se tromper, Comby conseille de toujours diagnostiquer l'herpès, car l'aphte est exceptionnel chez les enfants, ceux-ci n'étant généralement nourris que de lait bouilli ou stérilisé.

Traitement. — La bouche est remplie de microbes, qui, par suite de leur virulence peu marquée, n'ont sur elle presque aucune action ; mais, des phénomènes pathologiques survenant, elle se trouve dans des conditions toutes différentes. La résistance de la muqueuse n'est plus suffisante et les microbes trouvent dans ce milieu modifié les conditions les plus favorables à leur nocivité.

Même lorsqu'elle n'est atteinte d'aucune lésion, la bouche doit être l'objet de beaucoup de soins, à plus forte raison lorsqu'elle sera le siège d'une inflammation quelconque, faudra-t-il recourir à des soins appropriés et des plus minutieux.

Tous les médicaments préconisés modifient le milieu, éliminent les microbes par suite d'irrigation, forme sous laquelle ils sont le plus communément employés, et atténuent leur virulence par suite de leur action antiseptique.

Si l'état général du malade est peu satisfaisant, il est naturel de recourir non seulement aux médicaments locaux, mais aussi à ceux capables d'apporter à l'organisme une résistance efficace ; une bonne hygiène et comme prophylaxie l'isolement compléteront toutes les mesures à prendre pour placer le petit malade dans les meilleures conditions.

Parmi les médicaments les plus employés on trouve :

Le borax en solutions de 1 ou 2 p. 100 sous forme d'irrigation, et à 4 ou 5 p. 100 en badigeonnage ;

L'acide borique en solution habituelle, l'eau de chaux, l'eau de Vichy ;

Le permanganate de potassium en solution à 1 p. 1000 ; le benzoate de soude à 10 p. 100 ; la liqueur de Van Swieten en badigeonnage 2 ou 3 fois par jour ;

Le nitrate d'argent, la teinture d'iode, enfin le chlorate de potasse prescrit en solution à 2 p. 100 et sous forme d'irrigation à 4 et 5 p. 100.

Bien employés, ces médicaments donneront les meilleurs résultats et la guérison sera toujours obtenue à moins que la stomatite ne soit une affection intercurrente et non la principale, comme cela arrive presque toujours pour le noma.

(Abeille médicale).

Entérites et infections intestinales.

Par M. le Dr. R. ROMME,

Préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

La question des entérites et des infections intestinales chez le nourrisson reste à l'ordre du jour. L'année dernière nous avons eu sur cette question un mémoire de M. Guinon et le livre remarquable de M. Marfan sur l'allaitement. Cette année, sans parler de nombreuses thèses, ont paru sur le même sujet plusieurs travaux fort importants que nous allons analyser avec tous les détails nécessaires.

Sous le titre de choléra sec, M. le professeur Hutinel a décrit une forme particulière d'entéro-colite aiguë avec accidents graves qu'il a observée le plus souvent chez des enfants déjà sevrés ou même de grands enfants, issus de parents riches, manifestement nerveux et arthritiques. Tous, ou peu s'en faut, paraissent avoir été bien soignés, et même bien nourris, et c'est là un point d'une très grande importance. Presque tous étaient habituellement constipés ou n'avaient que des évacuations irrégulières et insuffisantes.

Le début de l'entéro-colite est donc généralement assez banal. Un jour l'enfant a de l'inappétence ; il mange quand même ou plutôt on le fait manger, bien qu'il ait la langue blanche et l'haleine fade ; mais ce repas n'est pas digéré. Quelques heures après, le malaise commence par un vomissement, qui, parfois unique et exclusivement composé d'aliments altérés, est suivi, dans certains cas, d'autres vomissements muqueux ou verdâtres. La fièvre s'allume alors, la température s'élève aux environs de 39°, le pouls s'accélère, et quelquefois on note de la rougeur de la gorge avec des points pultacés qui font croire à un début d'une angine légère. Mais bientôt l'enfant se plaint du ventre, il s'en plaint même assez fortement pour qu'en puisse, si le cæcum est sensible, penser à une lésion de l'appendice.

Les selles, d'abord fécales, et moulées, sont d'une fétidité qui attire l'attention des parents ; puis elles deviennent grumeluses, muqueuses et souvent sanguinolentes. Les évacuations ne sont ni très abondantes ni très fréquentes, et d'ordinaire il n'existe pas à proprement parler de ténésme. Plus tard, les matières, tout en restant glaireuses, deviennent vertes ou vert-de-gris. C'est dans des cas de ce genre que l'on observe parfois du ténésme vésical et même de la cystite, surtout chez des fillettes atteintes antérieurement de vulvite.

Le pouls s'accélère plus ou moins et présente souvent des irrégularités ; la langue se couvre d'un enduit saburral ou devient rouge et collante, la bouche s'emphâte, l'haleine est fade ou fétide, la soif est vive et l'appétit généralement perdu. Le ventre, assez douloureux, semble plutôt pâteux que ballonné. A la palpation on note des douleurs au niveau du gros intestin, et souvent le côlon descendant donne la sensation d'une corde ou d'un tube de caoutchouc. Les enfants sont abattus ou anxieux et leur face commence à s'altérer.

Jusqu'à-là, cependant, rien de bien alarmant, rien qui sorte des proportions d'une entéro-colite aiguë simple. Mais très souvent, au lieu de cesser immédiatement toute alimentation et d'imposer la diète hydrique, on continue à nourrir l'enfant avec du lait, qu'un vieux préjugé fait considérer comme inoffensif, avec du bouillon ou d'autres liquides fermentescibles.

Alors la maladie change d'aspect et l'on voit apparaître des symptômes graves qui tantôt éveillent l'idée d'un empoisonnement, tantôt font songer à une affection des centres nerveux.

Chez certains sujets, les phénomènes gastro-intestinaux semblent s'amender et, en tout cas, ils passent au second plan, si bien qu'on est tenté de chercher ailleurs la cause des accidents. Chez d'autres cependant, les vomissements persistent et se reproduisent avec une fréquence et une continuité désespérantes. L'intolérance gastrique est absolue : tout est rejeté, même une cuillerée à café d'eau glacée. Les matières vomies, d'abord alimentaires, sont devenues muqueuses, puis verdâtres, porracées et même striées de sang. Si le ventre était douloureux à la pression et s'il n'était pas déprimé comme il l'est, il serait difficile, dans certains cas, de rejeter l'idée d'une péritonite. Ces vomissements, qui durent parfois plusieurs jours, ne semblent pas liés à une inflammation particulièrement accentuée de l'estomac et sont plutôt sous la dépendance de l'intoxication. Chez quelques sujets ils ont manifestement le caractère de vomissements nerveux. Ce qui les calme le mieux, c'est l'application d'une poche de glace sur l'épigastre et surtout le lavage de l'estomac avec une solution légèrement alcaline et fraîche.

Les selles, moins putrides qu'au début, parce que le contenu de l'intestin a déjà été évacué, sont muqueuses, membraneuses ou teintées de sang. Quelquefois le sang est aussi abondant que dans la dysenterie vraie, mais le ténésme est moindre et les évacuations plus rares. Bientôt les matières deviennent vertes ou vert-de-gris, tout en restant muqueuses, et présentant un aspect floconneux particulier. Elles gardent ce caractère jusqu'au moment où, graduellement, elles redeviennent fécales ; elles contiennent alors assez souvent du sable brun.

Quelque frappants que puissent être ces phénomènes, ils le sont moins que les symptômes généraux.

Les yeux s'excellent et s'entourent d'un cercle rouge brun, le nez s'effile et se refroidit, le faciès s'altère, les lèvres deviennent rouges et sèches, la langue restant blanche et un peu collante ; les extrémités se refroidissent et se cyanosent plus ou moins ; quelquefois il y a des crampes. Le ventre, qui avait été ballonné au début, se déprime et s'excave. En le palpant, on ne provoque pas de douleur ; c'est à peine si l'on trouve un peu de sensibilité ou de gargouillement au niveau du cæcum ; le côlon descendant est dur, sensible et contracté.

La rate est rarement tuméfiée ; mais le foie est souvent augmenté de volume. Il est alors douloureux à la pression et déborde les fausses côtes. Les urines deviennent rares ; fréquemment albumineuses, elles contiennent d'ordinaire une notable proportion d'indican. On remarque parfois du ténésme, même en dehors de toute poussée de cystite.

La respiration est profonde, suspicieuse, quelquefois accélérée ou inégale ; cependant on ne trouve en général rien à l'auscultation.

Les battements du cœur, tantôt sourds et mal frappés, tantôt éclatants, sont souvent irréguliers. Le pouls présente des caractères variables. Chez quelques sujets il est ralenti et irrégulier ; chez d'autres, il est petit, dépressible et fréquent, sans que cette fréquence soit en rapport avec l'élévation de la température ; parfois les troubles de la circulation sont assez marqués pour faire craindre le collapsus.

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

Un cas d'hémophilie ; succès de l'injection de gélatine.

Par RODOLPHE HEYMANN (de Leipzig).

Le 1er mai de l'année courante, l'auteur avait à traiter un jeune homme, de 23 ans, qui se plaignait de fréquentes hémorragies nasales. L'auteur a trouvé de deux côtés de la cloison nasale, environ à un centimètre de l'orifice, tout un réseau de petits vaisseaux dilatés. Un léger attouchement avec la sonde suffisait pour provoquer une hémorrhagie. En outre le nez était le nez de cataracte, de tuméfaction, et l'espace naso-pharyngien était en grande partie rempli d'une tonsille du pharynx hypertrophié, ou comme on dit, des végétations adénoïdes. On proposa au malade l'opération des adénoïdes.

L'hémorrhagie produite par l'intervention chirurgicale persistait d'une manière inquiétante. Tous les moyens usuels qu'on employa pour arrêter le sang restèrent sans effet. Alors l'auteur se rappela que des cliniciens français déclaraient les injections de gélatine comme très efficace dans un pareil cas. En effet, l'injection d'une solution de gélatine stérilisée eût le résultat désiré.

Les injections n'avaient produit aucun trouble notable.

L'état du malade présentait encore un autre phénomène intéressant.

Le 5 mai, le soir, il se plaignait d'une tension et d'une tuméfaction du côté externe du cou et de petites douleurs pendant l'inglutition. En effet, l'auteur a constaté un emphysème cutané tel qu'il s'en produit quand on ne manie pas avec prudence le cathéter dans le tube eustachien.

L'emphysème gagnait les épaules et les parties supérieures de la poitrine et du dos. Il a dû naître par suite de l'agitation du malade qui toussait, faisait des efforts de cracher et pressa par là de l'air dans les tissus.

(Muenchener Medicinische Wochenschrift. — Indép. méd.)

De l'opothérapie.

M. BURGHART a administré des tablettes de capsules surrénales dans 2 cas de maladie d'Addison ; les 2 malades sont mortes, et à l'autopsie on a trouvé, chez la première, une dégénérescence tuberculeuse des deux capsules surrénales, et, chez la seconde, une dégénérescence cancéreuse d'une seule de ces capsules.

D'autre part, M. Burghart a fait ingérer à un homme atteint d'anémie pernicieuse une certaine quantité de rate fraîche, et à des sujets présentant des lésions du cerveau ou de la moelle des préparations de suc de ces organes sans jamais en retirer le moindre bénéfice.

Par contre, chez une fille âgée de 20 ans, très obèse et offrant une aplasie totale des organes génitaux externes, l'opothérapie ovarienne, continuée pendant quatre mois, fut suivie d'une diminution de poids de 8 kilogrammes. L'iodothyryne a été également adminis-

trée avec succès dans un fait de myxœdème opératoire, dans 2 cas d'obésité et chez un sujet atteint de psoriasis.

Dans la maladie de Basedow, les préparations de ce genre n'ont donné que des succès. Chez 3 basedowiennes on a, au contraire, obtenu sinon la guérison du moins une amélioration notable par l'emploi d'un sérum provenant de chiens auxquels on avait extirpé la glande thyroïde. Il en fut de même chez une jeune fille de 15 ans, atteinte de goître exophtalmique et traitée par des injections sous-cutanées de sérum sanguin provenant d'une femme profondément myxœdémateuse.

Chez les diabétiques, l'opothérapie prostatique, ovarienne, etc., donne une réduction assez considérable de la glycosurie, bien que les malades aient continué à suivre un régime mixte en absorbant de 159 à 300 grammes d'aliments hydrocarbonés par jour.

(S. méd. int. de Berlin. — Gaz. heb. méd. et chir.)

REVUE PROFESSIONNELLE

Monsieur le rédacteur,

Mgr. Lafamme, ancien recteur de l'université Laval, dans un article publié ces temps derniers dans la *Patrie*, a fait bonne justice de certain maître aliboron qui eut, l'an dernier, la préteintieuse audace de critiquer un système d'éducation qu'il n'a jamais connu.

Si le président de cette assemblée où l'on fulmine contre le bon et vieil enseignement classique se préoccupe tant du degré d'instruction des candidats à l'étude de la médecine c'est, sans doute, qu'il voit derrière le futur médecin le malade qui recevra ses soins ; qu'il croit que pour exercer l'art de guérir l'on ne peut être trop instruit ; qu'il est convaincu que pour étudier la médecine il est nécessaire qu'un jeune homme ait l'esprit cultivé. Et il a raison.

Mais alors que ne critique-t-il plutôt les Facultés de médecine — ça serait plus de sa juridiction — qui admettent aux épreuves du doctorat des étudiants qui ne sont pas bacheliers ni même porteurs du certificat d'équivalence du baccalauréat que donne le collège provincial des médecins ; des étudiants qui n'ont aucun certificat d'études classiques ou pseudo-classiques.

Il semble que si le jeune homme qui a fait les études classiques actuelles est insuffisamment préparé pour étudier la médecine, à plus forte raison celui qui n'en a fait aucune.

Mais non, on voile ces fautes et ces erreurs ; on n'ose pas critiquer les Facultés parce qu'on a des intérêts personnels à ménager, des sympathies pour des professeurs de Facultés qui accouchent certainement de moins bons médecins que nos collègues classiques de bons humanistes.

Au contraire, on s'empresse de lapider ceux qui élèvent la voix dans des critiques justes et honnêtes de l'organisation actuelle de l'enseignement. L'on applaudit aux vulgaires insultes qu'un grossier professeur lance à la face des quelques médecins qui ont le courage d'exprimer dans un langage poli ce que tout le monde pense, mais que personne n'ose dire.

Dr. NIBOR.

Comité d'Etudes médicales.

Jedi dernier, à l'université Laval, avait lieu la séance ordinaire du Comité d'Etudes médicales.

Parmi l'assistance, qui était nombreuse, nous avons remarqué MM. les docteurs Hingston, Fafard, Hervieux, Faucher, Mignault, Cormier, Moreau, Merrill, Loiseau, Cléroux, etc., etc.

M. le docteur Fafard fut appelé à présider cette réunion.

M. le docteur Marien, chirurgien de l'Hôtel Dieu, donna une communication sur un cas de gastro-entérostomie, opération excessivement délicate qui fut nécessitée par un néoplasme de l'orifice pylorique.

Après quelques explications sur ce travail intéressant par MM. les docteurs Mercier et Dubé, M. le docteur Rottot, doyen de la Faculté de médecine de l'université Laval, commença la lecture de sa conférence sur l'inflammation.

Dans cette première partie, le savant professeur s'attacha à démontrer comment naît, vit et meure la cellule, et fit voir les nombreux désordres pathologiques qui peuvent survenir durant son existence.

Dans une prochaine séance, le docteur Rottot nous parlera de la partie microbienne de l'inflammation, ce qui sera des plus intéressant, vu les opinions connues de notre doyen.

M. le docteur Cléroux lut une invitation pour le Comité d'Etudes d'assister au congrès international de médecine professionnelle qui se tiendra à Paris en 1900.

M. le docteur Fafard, au nom des membres présents, remercia le conférencier de son important travail.

Après quelques mots du docteur Hingston, la séance fut levée.

QUESTIONS ET REPONSES

12° (Voir le n° 13).

R. On a demandé à la Congrégation du Saint-Office si l'on peut en sûreté de conscience enseigner dans les écoles catholiques que l'opération chirurgicale dite craniotomie est permise quand la mère et l'enfant périront si on y a recours tandis qu'en faisant périr l'enfant on sauvera la mère. La congrégation a répondu le 28 mai 1884 : On ne peut l'enseigner en sûreté de conscience, et Léon XIII dans l'audience du même jour a pleinement confirmé cette décision. — Réponse donnée à l'archevêque de Lyon. L'archevêque de Cambrai ayant insisté, la même congrégation du Saint-Office a répondu le 19 août 1889 : Dans les écoles catholiques on ne peut enseigner en sûreté de conscience que l'opération chirurgicale dite craniotomie est permise, comme il a été déclaré le 28 mai 1884, pas plus qu'aucune opération chirurgicale qui mette directement à mort le fœtus ou la mère qui le porte.

THÉOLOGIEN.

NOUVELLES.

NÉCROLOGIE. — Nous prions monsieur le Dr. A. G. Belleau, de Québec, et sa famille, de bien vouloir accepter toutes nos sympathies dans leur deuil si particulièrement pénible.

M. le Dr. Belleau venait à peine de reconduire au cimetière sa fille aînée, Marie-Louise, épouse de M. Jules Côté, Secrétaire des mines au gouvernement provincial, qu'il avait encore à subir le chagrin de la mort d'un de ses fils, Gauvreau-Belleau, de la Pointe-aux-Trembles, Co. Portneuf.

MILITAIRE. — Nous avons appris avec plaisir la nomination de Messieurs les Drs. Wilson, de cette ville, et Eug. Fiset, fils du Sénateur Fiset de Rimouski, comme chirurgiens du contingent canadien envoyé au Transvaal. Le gouvernement ne pouvait faire de meilleur choix sous tous les rapports. Bon voyage !

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Rhinologie : syphilis tuberculo-ulcéreuse du nez, observation par le Dr. Jéhin-Prume	137
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : De la paralysie faciale précoce et tardive, par M. le professeur Dieulafoy.....	137
CHIRURGIE : Conduite à tenir dans les blessures de la moelle. — Note sur les coccidiooses humaines, sous forme de tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané et des bourses séreuses, par M. Cornil	138
GYNÉCOLOGIE : Traitement opératoire de la cystocèle vaginale par un procédé spécial de cysto-hystéropexie, par M. Laroyenne (de Lyon)	139
PÉDIATRIE : Entérites et infections intestinales par M. le Dr. R. Romme, préparateur à la faculté de médecine de Paris (suite).....	140
THÉRAPEUTIQUE : Traitement médical de la péritonite tuberculeuse, par le Dr. Gabriel Maurange.....	141
MALADIES NERVEUSES : Les stigmates dits de dégénérescence dans la paralysie générale chez l'homme, par le Dr. P. Neake. — Troubles circulatoires sous l'influence des émotions psychiques, par A. J. Kojewnikoff. — De la sialorrhée dans le tabès, par L. Mazataud (thèse de Paris, 1898)	142
DERMATOLOGIE : Les dermatites polymorphes douloureuses.....	143
REVUE PROFESSIONNELLE : " Claude Paysan ", par le Dr. Ernest Choquette	143
COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.....	144
QUESTIONS ET REPONSES.....	144
FORMULAIRE.....	144
NOUVELLES.....	144

Travaux Originaux

Rhinologie

Syphilide tuberculo-ulcéreuse du nez.

Observation par le Dr. JÉHIN-PRUME.

Je fus appelé, il y a un mois, à me rendre auprès d'une malade, Mad. G. W..., âgée de soixante-deux ans.

En entrant dans la chambre de la patiente, je trouvai cette dernière dans un état de prostration absolue. Le teint pâle et défait, le pouls petit, la faiblesse extrême. Elle ne mangeait plus, et le matin même de ma visite, ayant essayée de se lever, elle eut une syncope.

" Docteur, mon nez me fait horriblement souffrir, ma faiblesse est si grande que je ne puis plus me lever, je sens mes jambes chanceler, je ne mange plus, trois médecins m'ont successivement traités sans le moindre résultat. Un d'eux m'a condamné. "

J'examine l'organe malade et je constate que le nez est affaissé, le lobule touche la lèvre, la cloison charnue *inter* narines est disparue. Le tout affreusement difforme, laisse pour pénétrer dans les narines que trois petites ouvertures, grosses à peine comme des épingles. Ce qui reste de l'ouverture des narines est rouge, saignant, bourgeonnant et d'une sensibilité exquise.

Il me restait après avoir bien examiné mon sujet localement, à l'interroger sur les antécédents de familles et personnels. Pas de tuberculose, pas de cancer, il est très difficile de savoir quelque chose sur la syphilis. La malade ne se souvient pas, ou ce qui est

fort possible ne désire pas se souvenir. Je restais assez perplexe, était-ce de la syphilis, du cancer, de la tuberculose ? Je vous avouerai qu'au premier abord, je pensais au cancer, mais ce qui m'empêchait de me prononcer était la tendance de la tumeur à se localiser, sans empiéter pour ainsi dire, sur une vaste superficie de terrain. D'un autre côté est-ce de la syphilis, alors pourquoi cette extrême sensibilité, qui d'après certains auteurs ne doit *point ou peu* exister (Dieulafoy, Path. Int. 10^e Ed., Vol. I, p. 15). La tuberculose faciale ne se présente jamais sous la forme présente. J'étais donc à me demander à quel adversaire j'avais à faire, lorsque les paroles de Fournier me revinrent à la mémoire : " Lorsque vous soupçonnez la syphilis, traitez votre malade comme s'il en était atteint et vous verrez bien, si, sous l'influence du traitement il y a un léger changement. "

Sans hésiter j'ordonnais à ma patiente deux grammes d'iodure de potassium par jour, frictions sur les bras à l'onguent napolitain, et pulvérisations nasales avec une solution de bi-chlorure d'hydrargyre au 2000^{ième}. En plus, quelques réconfortants comme la kola-glycérophatée de Robin, et des bouillons.

Le lendemain, la douleur avait complètement disparue. Après huit jours de traitement la malade se levait et aujourd'hui se promène, marche, mange, comme vous et moi...

Je tire de cette observation une grande leçon clinique. D'abord il ne faut pas toujours se prononcer trop vite, porter un diagnostic quelconque *rapido presto*, diagnostic qui nous portera certainement à un traitement faux, s'il est erroné. Supposons pour un instant que j'aie persisté dans ma première idée, que j'aie soigné cette malade pour un cancer. Voyez-vous d'ici le résultat, souffrances inutiles, aggravation du mal, augmentation de la faiblesse générale.

Le traitement mercuriel, dans notre cas, devait, vû les trois hypothèses, donner le résultat suivant :

Cancer : Nul.

Tuberculose : Aggravation de l'état de la malade.

Syphilis : Amélioration.

La syphilis étant une affection générale de l'économie avec réentissements locaux : il me fallait traiter l'état général de ma malade pour arriver à un résultat. C'est ce que je fis aussitôt que le diagnostic fut confirmé. Je continuai le traitement mixte qui réussit toujours bien dans les cas simples, mais que je ne conseillerais pas d'une façon absolue dans les cas complexes.

15, rue Crescent, Montréal.

Revue des journaux

MÉDECINE

De la paralysie faciale précoce et tardive.

Par M. le professeur DIEULAFOY.

Voici un homme qui est venu dans le service il y a quelques mois avec une paralysie faciale syphilitique gauche à début douloureux ; je dis syphilitique parce qu'elle a complètement disparu

et en très peu de temps grâce au traitement mercuriel. J'ai insisté la dernière fois sur les douleurs qu'il avait présentées au début, avant et même après l'apparition de la paralysie, douleurs telles qu'il ne pouvait dormir, je vous ai dit que cette phase douloureuse qui précède quelquefois la paralysie faciale était due vraisemblablement au nerf de Wrisberg, qui serait le nerf sensitif du nerf mixte qu'est en réalité le nerf facial avec son ganglion, je veux dire le ganglion géniculé.

Il y a donc une paralysie faciale syphilitique. Cela n'est pas connu depuis longtemps ; cela ne l'est guère que depuis 1850 à 1860. Il y a une paralysie faciale syphilitique précoce et une paralysie tardive. Il y a des cas où le chancre date de six semaines, deux mois, trois mois, c'est la paralysie précoce ; d'autres fois, la syphilis a été contractée il y a 2 ans, 4 ans, 6 ans, 10 ans, 20 ans. C'est la paralysie tardive. Quelle est la plus fréquente des deux ? Jusqu'à ces derniers temps on écrivait que c'était la paralysie tardive. Nous allons voir qu'entre le pronostic et le diagnostic de la paralysie précoce et tardive il y a une différence très nette.

Prenons d'abord la paralysie précoce. Je trouve dans l'ouvrage du Pr. Fournier (Leçons sur la syphilis, 1873.) la phrase suivante à propos des paralysies de la période secondaire : " De ces paralysies, la plus commune, et de beaucoup, est l'hémiplégie faciale. En seconde ligne, toujours par ordre de fréquence, vient la paralysie du moteur oculaire commun, laquelle peut être générale ou partielle. Bien plus rare est celle de la sixième paire. Ajoutons que, de ces paralysies, la plus précoce comme apparition est, sans le moindre doute, l'hémiplégie faciale. On l'observe de temps à autre dès le sixième, le cinquième, le quatrième mois de la contagion. On l'a même vue, mais exceptionnellement, se produire avec les premiers phénomènes secondaires, coexister avec la roséole." Vous verrez, Messieurs, que cette coexistence avec la roséole et les autres accidents secondaires, loin d'être exceptionnelle, est fréquente. En 1885, M. Dargaud, dans sa thèse sur l'hémiplégie faciale dans la période secondaire, rapporte dix-huit observations de paralysie faciale précoce. Parmi ces observations, il y en a une de mon service à Saint-Antoine, c'est le premier cas de paralysie faciale secondaire qu'il m'a été donné de voir.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, couturière, entrée le 14 novembre 1885 dans mon service à Saint-Antoine. Il y a un mois environ, vers le 15 octobre, elle a vu apparaître sur tout son corps une éruption de petites taches rosées ; en outre, depuis une quinzaine de jours, elle souffre de maux de gorge, elle a des sifflements dans les oreilles et des maux de tête tellement violents qu'elle ne peut dormir ; ces douleurs sont lancinantes.

Depuis l'apparition de la roséole, l'appétit a diminué, la faiblesse s'est accentuée à tel point que la malade doit fréquemment garder le lit.

Il y a huit jours, elle s'aperçut le matin à son réveil que sa bouche était légèrement déviée à gauche et que son œil droit pleurait ; les douleurs de tête étaient moins violentes sans cependant avoir disparu complètement.

Quatre jours après, dans l'intention de calmer une douleur assez vive que la malade ressentait dans les oreilles, elle s'introduit dans le conduit auditif externe du coton imbibé d'une substance dont la nature n'a pu être déterminée, mais qui causa peu de temps après une cuisson très vive persistant plusieurs jours.

A l'examen (14 novembre), on trouve la bouche déviée légèrement à gauche ; cette déviation s'accroît lorsque la malade parle et surtout lorsqu'elle veut rire. Les plis naturels du front et du visage sont complètement effacés du côté droit, la narine droite est légèrement affaissée, l'orbiculaire de l'œil droit se contracte mal, l'œil ne peut pas se fermer complètement et il y a épiphora. La sensation gustative paraît émoussée sur la moitié droite de la lan-

gue ; la salivation est un peu diminuée du même côté. Pas de déviation de la lèvre, pas de troubles auditifs.

L'éruption roséolaire est générale ; la trace du chancre ne peut être retrouvée, mais on peut admettre que l'infection date de deux mois et demi environ.

Le traitement mixte est prescrit et le 5 décembre, en moins d'un mois, il n'existe plus la moindre déviation de la bouche ; aucune trace de paralysie des muscles de la face. La guérison est complète.

Voilà donc un cas d'hémiplégie faciale également douloureuse accompagnant la roséole. Une autre observation de paralysie secondaire typique est due à M. Bahuaud (d'Angers) ; elle est également consignée dans la thèse de M. Dargaud. Cette paralysie est survenue peu de temps après l'apparition de la roséole et elle a disparu en même temps que celle-ci sous l'influence du traitement spécifique. Dans une autre observation de M. Boix (in Archives générales de Médecine, 1894), la paralysie a été tellement douloureuse qu'elle a été accompagnée d'un zona facial caractéristique. Dans la thèse de M. Vallot, il y a deux nouvelles observations de paralysie faciale précoce.

Nous avons donc un assez grand nombre d'observations, vingt-trois ou vingt-quatre, ce qui montre que cette paralysie précoce est assez fréquente.

Quelle différence y a-t-il entre la paralysie faciale syphilitique et la paralysie faciale dite à frigore ? Il n'y a aucune différence ni dans la forme, ni dans la durée, ni dans l'évolution : Dans les deux cas, la paralysie peut être légère, intense ou très intense ; dans les deux cas, c'est le facial tout entier qui est pris, facial supérieur et facial inférieur, quelquefois même le facial profond.

Quand à la durée, elle peut être dans les deux cas de deux semaines, trois semaines, cinq semaines, trois mois. Donc, aucune espèce de différence.

Passons maintenant à la paralysie faciale syphilitique tardive. Il semble qu'on va trouver là une lésion osseuse du rocher, du temporal, une ostéite, une exostose ; j'ai cherché et je n'ai rien trouvé de semblable dans les observations sur ce sujet. Il y a, il est vrai, une observation dans le travail de M. Boix, observation due à M. Gilbert, où une paralysie faciale a été accompagnée de lésions constatées à l'autopsie. M. Vallot, dans sa thèse sur la paralysie faciale, parle d'une paralysie faciale tertiaire par lésion cérébrale, mais rien ne nous indique ce que c'est que cette lésion, en sorte qu'à notre point de vue elle est incomplète.

Dans le travail très complet, très consciencieux de M. Fournier sur la syphilis du cerveau, on lit que la paralysie faciale tardive tend à se dissocier contrairement à la paralysie précoce qui prend à la fois le facial supérieur et le facial inférieur : " Le plus souvent, dit M. Fournier, cette hémiplégie faciale syphilitique tertiaire n'est à vrai dire, que l'expression préalable de l'hémiplégie totale." Dans le tertiairisme, la paralysie faciale prend le facial inférieur, elle forme un segment de l'hémiplégie totale, alors elle a un tout autre pronostic, elle indique une lésion cérébrale. Cependant, le malade de notre service, celui qui m'a donné le prétexte de cette leçon, n'a rien eu ni au bras, ni à la jambe, il a eu une paralysie totale de la face et cela quinze ans après le chancre, mais c'est un cas exceptionnel.

(à suivre)

CHIRURGIE

Conduite à tenir dans les blessures de la moelle.

Bolton tire les conclusions suivantes de l'observation d'un nombre considérable de traumatismes de la moelle : l'hémorragie extra-

durale ne donne lieu à aucune lésion de la moelle ni à aucune manifestation clinique ; elle ne réclame aucun traitement actif. L'abstention est encore la règle dans un grand nombre de cas : dans les *destructions totales de la moelle*, qui sont irrémédiables ; en effet, fibres et cellules nerveuses sont intéressées et la réparation ne peut se faire que par du tissu cicatriciel ; dans l'*hématomyélie* où le caillot, en se résorbant spontanément, laisse à sa place une cavité ou bien est remplacé par du tissu de néoformation ; les troubles de la circulation locale s'amendent d'eux-mêmes et on peut souvent noter dans les symptômes une grande amélioration, dans la *contusion localisée de la moelle* où les cellules et les fibres détruites sont remplacées par du tissu cicatriciel.

L'intervention chirurgicale est, au contraire, indiquée lorsqu'il y a une blessure ouverte. Ici, les complications à redouter sont l'infection, la présence d'un corps étranger qui peut se loger dans le tissu médullaire ou bien le comprimer ; l'irritation continuelle qui en résulte peut amener des troubles importants dans la circulation et entraîner la dégénérescence progressive des cellules et des fibres nerveuses. La réparation se fait par production de tissu cicatriciel. L'opération a pour but d'enlever les corps étrangers, de faciliter la désinfection et le drainage de la plaie, de prévenir l'extension de la dégénérescence.

(Ann. of Surg. — Gaz. des hôp.)

Note sur les coccidioses humaines, sous forme de tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané et des bourses séreuses.

Par M. CORNIL.

M. le Dr. Duret, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, m'adressait en 1894, pour l'examiner, une tumeur du volume d'une orange siégeant dans la bourse séreuse sous-tricipitale du coude droit, et consécutive à une chute, qu'il avait enlevée à une jeune fille de dix-sept ans. Cette tumeur avait mis trois ans pour acquérir ce volume, de 1891 à 1894.

Chez cette malade, il se développa de nouveau d'autres tumeurs de même nature, au niveau du grand trochanter droit et gauche, puis à la partie postéro-externe du coude gauche. Ces néoplasmes étaient situés dans des bourses séreuses sous-cutanées ou profondes, sous les muscles, dans le tissu cellulaire, sans aucune communication avec les articulations voisines.

À l'œil nu, ils étaient constitués par une multitude de poches de volume variable leur donnant l'aspect d'une éponge. Chaque poche renfermait un liquide puriforme jaune, brun, *crèmeux* ou visqueux et muqueux, avec des grains jaunes, de consistance calcaire.

L'examen histologique du tissu aréolaire montrait à la surface des cavités un tissu inflammatoire avec une bordure de grandes cellules géantes superficielles.

Dans le liquide des cavités, on trouvait, avec des hématies et des leucocytes, les grains jaunes calcaires ; mais ces derniers n'offraient aucun des caractères de l'actinomycose.

La recherche histologique de bacilles de la tuberculose ou d'autres microbes étaient restée négative ; l'inoculation et l'injection du liquide *crèmeux* à des animaux, pratiquées par M. Duret, n'avaient donné aucun résultat.

Il y avait bien, dans le liquide, des débris qui pouvaient ressembler à des fragments de capsules de coccidies, mais les formes nettes de ces organismes nous faisaient défaut.

Aussi, dans l'incertitude de la cause de cette affection, M. Duret n'en publia pas l'observation.

Cependant, la généralisation de ces tumeurs chez la jeune malade, une tumeur de même nature observée chez son frère, âgé de seize ans, consolidaient l'hypothèse d'une origine parasitaire déjà soulevée par la constatation faite de très nombreuses cellules géantes.

On sait, en effet, que celles-ci apparaissent innombrables quand il s'agit de lutter contre des corps étrangers à l'organisme, et en particulier de petits parasites, témoin ce que j'ai vu autrefois dans le sequestre du choléra des poules.

Le fait que nous avons observé, M. Duret et moi, restait donc inédit comme une observation d'attente, lorsque récemment mon ancien interne, M. le docteur Milian, fit l'examen d'une tumeur de même nature enlevée à la plante du pied, par M. Morestin, chez une fillette de huit ans.

Dans cette tumeur, d'origine plus récente que les nôtres, M. Milian a trouvé des corpuscules oviformes, réfringents, cristalloïdes, ne prenant pas les couleurs ; certains d'entre eux montrent une capsule bien nette et un contenu qui se colore fortement par l'hématoxyline. On peut trouver aussi plusieurs corps ovoïdes contenus dans une capsule unique.

En ce qui touche la structure histologique de la tumeur étudiée par Milian, elle ne différait en rien de celle de Duret.

Aussi, en examinant les préparations de M. Milian, lui ai-je de suite indiqué l'observation de M. Duret, et montré des préparations relatives à ce fait, que j'avais conservées.

Les cavités à contenu *crèmeux* étaient tapissées aussi de cellules géantes énormes avec une quantité de noyaux. Elles contenaient même quelquefois les parasites ci-dessus.

Ces observations établissent l'existence d'une variété de tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané ayant ses caractères propres, et d'origine coccidienne, chez l'homme.

(Bull. de l'académie de médecine.)

GYNECOLOGIE

Traitement opératoire de la cystocèle vaginale par un procédé spécial de cysto-hystéropexie.

Par M. LAROYENNE (de Lyon).

Les divers traitements de la cystocèle tels que l'élytrorrhaphie, la colpo-cystorrhaphie de Byford, les procédés connus de cystopexie et l'hystéropexie abdominale qui contribue puissamment à réduire la vessie sans pouvoir la maintenir dans sa position normale : tous ces procédés sont inefficaces ou insuffisants. Je crois en avoir trouvé un qui présente des garanties qu'aucun d'eux n'avait offertes jusqu'ici.

C'est une cysto-hystéropexie abdominale suivant un procédé spécial. Il consiste à pratiquer d'abord une hystéropexie abdominale antérieure. Je suis de préférence, pour ce premier temps de l'opération, un procédé que j'ai depuis longtemps décrit et que je rappelle en quelques mots. Après dilatation de la cavité cervicale avec les bougies de Hégar, on introduit dans l'utérus un hystéromètre du volume du petit doigt pour éviter toute crainte de perforation. Il est confié à un aide qui le remonte au-dessus du pubis et le surveille à travers l'incision de 6 ou 7 centimètres pratiquée à la paroi abdominale. Il ramène l'utérus d'arrière en avant contre cette ouverture pour la fermer. L'utérus va être fixé dans la position qu'on a choisie. Pour cela, on se sert de deux ou trois aiguilles-broches légèrement recourbées à leur extrémité munie d'un chas. Ces broches sont d'un maniement plus facile que toutes les aiguilles ordinaires ; elles cheminent plus aisément dans l'épaisseur des parois qu'elles doivent parcourir. Elles facilitent beaucoup, une fois en place, l'immobilisation de l'utérus plaqué contre l'orifice de la paroi abdominale sus-pubienne. La première broche, la plus élevée, traverse l'aponévrose et le péritoine pariétal d'un côté, la paroi antérieure de l'utérus et s'engage dans l'épaisseur de la paroi abdomi-

nale du côté opposé en réservant la peau. Il ne reste plus qu'à les armer d'un fil et à les retirer. Les fils restés en place sont noués l'un après l'autre et coupés au ras.

Le deuxième temps de l'opération consiste à suturer la vessie à l'utérus, la paroi postéro-supérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus. On emploie les mêmes broches que pour l'hystéropexie. Mais au lieu de l'hystéromètre qu'on pourrait introduire dans le réservoir vésical, je me sers de l'index, que je fais pénétrer dans la vessie par l'urèthre préalablement dilaté avec des bougies de Hégar. C'est sur cet index comme guide que deux broches successives seront conduites interstitiellement, à travers la paroi postéro-supérieure de la vessie et de la face antérieure de l'utérus sans comprendre la paroi abdominale. La vessie, par sa face postéro-supérieure, est dès lors soudée à l'utérus, le cul-de-sac vésico-utérin en partie effacé a presque disparu. " Il est en effet indispensable que cette paroi vésicale postéro-supérieure soit efficacement suspendue à un organe solidement attaché aux parois abdominales, car c'est elle dont le prolapsus proémine à la vulve dans la cystocèle." Cette suspension constitue un temps nouveau de l'acte opératoire de la cystopexie, qui jusqu'ici a été complètement négligé. Un fil de catgut est passé dans le chas des broches, celles-ci sont retirées et les fils noués et coupés. Grâce au doigt introduit dans la vessie, qui avertit lorsqu'on se rapproche trop de la muqueuse vésicale ou lorsqu'on en reste trop éloigné, cette phase délicate de l'opération est terminée sans crainte d'accident. Il ne reste plus dans un troisième temps qu'à suturer la vessie à l'aponévrose et au péritoine de la paroi abdominale antérieure, par deux fils interstitiels placés au-dessous de ceux de l'hystéropexie et de ceux qui relient la vessie à l'utérus. Un surjet au catgut rapproche dans toute sa longueur l'incision cutanée superficielle et une colporrhaphie postérieure vient, si elle est nécessaire consolider le périnée.

L'opération que nous proposons devrait être conservée, voudrait-on d'ailleurs renoncer à la dilatation de l'urèthre et à l'introduction d'un doigt dans la vessie pour des raisons que je n'entrevois pas, car l'incontinence d'urine ne persiste que 48 heures, et 1 ou 2 injections au nitrate d'argent suffisent à faire disparaître les symptômes de cystite. A la suite de cette double fixation utérine et pariétale, la vessie n'apparaît plus à la vulve, les mictions ne sont plus douloureuses et la malade éprouve un bien-être auquel elle n'était plus habituée depuis son prolapsus vésical. La vessie n'est-elle pas fixée en haut et en arrière à l'utérus, en haut et en avant à l'aponévrose abdominale ?

(Congrès d'Amsterdam.)

PEDIATRIE

Entérites et Infections Intestinales.

Par M. le Dr. R. ROMMÉ,

Préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

(Suite)

Il est rare que la température soit très élevée. Si le thermomètre monte, c'est au début ; bientôt il redescend à la normale ou même au-dessous. Malgré la gravité de son état, le malade est habituellement apyrétique, il semble même en hypothermie si l'on se borne à prendre la température axillaire ; le thermomètre placé dans le rectum occupe néanmoins un chiffre voisin de 37°.

Les enfants maigrissent et fondent à vue d'œil, quelques-uns paraissent se dessécher ; mais ce qui frappe plus encore que le trouble de la nutrition, ce sont les phénomènes nerveux, car, chez beaucoup de sujets, ils dominent la scène.

Chez les nourrissons, on observe le plus souvent des convulsions ; puis viennent les signes d'irritations méningée avec léger degré d'hydrocéphalie, distension de la fontanelle, raideur du cou et des membres, prostration, et tendance au coma.

Chez les enfants plus grands, ils revêtent des aspects variables.

D'ordinaire c'est la prostration qui domine. Lorsqu'on se trouve en présence de ces enfants qui, après des vomissements suivis de quelques évacuations putrides et glaireuses, se montrent abattus, déprimés, indifférents à tout ce qui les entoure, immobiles dans leur lit, couchés sur le dos ou sur le côté, le ventre rétracté, le pouls irrégulier, les yeux ternes, fixes et parfois strabiques, les membres et la nuque inertes ou légèrement raidis, il est bien difficile d'écarter l'idée d'une méningite et, plus d'une fois, le diagnostic resté en suspens. Des convulsions peuvent aussi se produire, soit au début, soit au cours ou à la fin des accidents quand ceux-ci ont une issue fatale, et ces convulsions, au lieu d'être uniques, sont susceptibles de se répéter et de constituer un véritable état de mal.

Chez certains enfants c'est l'agitation qui domine. On les voit, comme dans l'une des observations de M. Hutinel, balancer leur tête d'une façon rythmique et incessante, remuer leurs membres d'une manière désordonnée et vraiment choréiforme, ou bien ils sont en proie au délire avec ou sans hallucinations. Mais ce qui frappe le plus souvent, c'est une hébétude profonde. Parfois à des petits déments, les enfants répètent sans cesse le même mot, souvent le dernier qu'ils ont entendu, sur un son plantif et monotone.

Ces perturbations nerveuses dépendent manifestement d'une auto-intoxication d'origine intestinale. Mais il est d'autres symptômes encore qui révèlent la toxémie, ce sont des manifestations cutanées. Chez certains enfants on note des éruptions discrètes qui seraient passées inaperçues si l'on ne les avait pas recherchées ; chez d'autres les efflorescences cutanées ont une importance de premier ordre. Ces éruptions sont généralement des érythèmes et leur aspect est singulièrement polymorphe. Dans certains cas il font même suite à des poussées successives de pétéchies.

En même temps que ces manifestations cutanées, il est très commun d'observer des lésions buccales d'intensité variable. La langue, les lèvres et même la gorge sont souvent rouges, comme décapées, collantes ou sèches. A cette irritation succèdent quelquefois des ulcérations ovalaires, plus larges que de simples aphtes, tapissées d'un exsudat diphtéroïde, analogues à celles que Sevestre a décrites sous le nom de stomatites impétigineuses.

On décrit souvent des infections coli-bacillaires des poumons. Ces infections broncho pulmonaires se voient surtout chez les nourrissons.

On observe souvent des albuminuries abondantes mais transitoires ; il ne faudrait pas pourtant affirmer que des néphrites graves et durables ne pussent jamais succéder aux entéro-colites infectieuses. M. Hutinel a vu aussi des ictères simples, dus évidemment à un catarrhe concomittant des voies biliaires.

Tous ces accidents témoignent de l'atteinte portée par le poison à la plupart des organes. Quelque graves qu'ils semblent être, ils s'améliorent assez vite dans les cas où les enfants sont soumis immédiatement à un régime convenable, car ici le régime est tout ; cependant, il n'est pas rare de voir se produire des rechutes, comme le prouve les deux observations citées au commencement de ce travail. Au bout de 3 ou 4 jours d'accalmie survient une poussée nouvelle qui remet tout en question. On va parfois ainsi de rechutes en rechutes pendant plusieurs semaines. L'enfant devient squelettique, avec une peau sèche, écailleuse, des os saillants, une tête démesurément grosse sur un corps étique.

Ce ne sont pas seulement les rechutes à court terme qui sont à redouter ; il faut compter encore avec les récidives tardives, éclatant quelques semaines ou plusieurs mois après la première atteinte, alors que les précautions les plus rationnelles semblent avoir été

prises et au moment où la mine de l'enfant permet d'espérer une guérison définitive.

Les enfants atteints de la sorte se rétablissent lentement. Quelques-uns restent longtemps maigres, comme décharnés, avec une peau sèche, des extrémités froides, des os saillants aux épiphyses, des selles irrégulières, une langue blanchâtre et un ventre gros. Il semble que chez eux la transformation des aliments dans le tube digestif se fasse mal et que l'assimilation soit défectueuse. Puis ils finissent par prendre le dessus :

Quelle est donc la pathogénie de ces accidents ? Au point de vue clinique, il y a un fait qui paraît indéniable ; c'est le rôle que joue habituellement la constipation. Après la constipation et sur le même plan qu'elle il faut placer la suralimentation, car c'est surtout aux dépens des matières azotées ingérées en excès que se forment les substances toxiques.

Si on veut aller plus loin et chercher la nature intime de l'infection, on se heurte à d'énormes difficultés.

Au point de vue bactériologique, M. Hutinel estime qu'il faut attribuer une importance toute particulière aux associations microbienne de l'intestin : il croit notamment que l'association à des coli-bacilles, même peu virulents, de streptocoques, de *Bacillus mesentericus*, de bacille pyocyanique ou d'autres micro-organismes peut exercer une action que n'auraient déterminée seuls ni les coli-bacilles, ni les autres germes qui sont intervenus accidentellement.

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

Traitement médical de la péritonite tuberculeuse.

Par le Dr. GABRIEL MAURANGE.

Les principes généraux d'après lesquels se dirige l'hygiène des tuberculeux sont applicables à la tuberculose péritonéale. Le repos au lit est ici obligatoire. La cure d'air doit être poursuivie avec rigueur et méthode.

Traitement climatérique. — Les enfants se trouveront bien d'un séjour prolongé dans un climat marin.

A défaut de la mer, on doit recommander l'habitation à la campagne, dans un endroit sec, à l'abri de trop grandes variations de température et, autant que possible, au voisinage d'une forêt ou sur la montagne à une altitude modérée.

Pour les adultes, le midi en hiver, loin du littoral, la montagne en été, conviennent mieux que la mer. Le séjour à la campagne constitue, comme pour les enfants, un des éléments les plus importants du traitement hygiénique de la tuberculose péritonéale.

Régime alimentaire. — Les aliments doivent être surveillés avec soin. On sait le rôle que jouent, dans la pathogénie de la péritonite, le lait et la viande provenant d'animaux tuberculeux. Il est important, au point de vue prophylactique, d'écartier cette cause de contamination. Il va sans dire que ce principe s'applique avec plus de force aux malades déjà atteints.

La suralimentation sera instituée dans la mesure où les troubles digestifs le permettront.

Mais, le plus souvent l'état anorexique des malades commandera une nourriture légère dont le lait, les œufs, les viandes roties et pulpées, quelques purées de légumes secs, les albumineuses végétales, quelques fruits cuits formeront la base.

Traitement de la constipation et de la diarrhée. — La constipation sera utilement combattue par des lavements émollients donnés avec précaution et surtout par l'huile de ricin, administrée chaque soir à la dose d'une cuillerée à café. Le calomel en pilules de 5 cen-

tigrammes chez l'adulte, à la dose appropriée à l'âge chez l'enfant, sera employé dans le même but.

Au contraire, s'il y a de la diarrhée on s'adressera de préférence, aux purgatifs salins répétés, aux lavements antiseptiques contenant par exemple 2 p. 100 de borate de soude et, postérieurement, on pourra prescrire le benzonaphtol, le salol, les sels de busmuth.

L'acide lactique donne aussi les meilleurs résultats, surtout chez les enfants, dont il arrête la diarrhée et relève l'appétit.

Traitement médicamenteux. — L'huile de foie de morue, à haute dose, l'arsenic, le tanin viendront coopérer au traitement hygiénique.

Les préparations phosphatées et glycéro-phosphatées, les hypophosphites seront largement employés.

L'*Adonis vernalis* comme diurétique, l'antipyrine à doses fractionnées contre la fièvre hectique, sont préconisées par Pribram, concurremment avec les frictions mercurielles.

La créosote trouverait particulièrement ses indications dans le cas où il existerait des ulcérations intestinales dont elle favoriserait la cicatrisation. Mais, d'une façon générale, la créosote et ses dérivés (créosotal, etc.) seront utilisés avec profit dans toutes les formes de la péritonite tuberculeuse. On peut l'administrer en injections sous-cutanées d'après la méthode de Burlureaux, mais en se gardant des doses trop élevées, ou mieux, *per os*, suivant la formule suivante, fréquemment prescrite par M. Sevestre :

Glycérine.....	} à à	100 gr.
Rhum.....		
Créosote.....		4 gr.

Par cuillerées.

On peut encore l'associer au chlorhydrophosphate de chaux, ou la donner en cachets, comme l'a proposé M. Kopp :

Créosote.....	} à à	1 gr.
Benjoin.....		
Poudre de charbon végétal.....		6 gr.

Diviser en 10 cachets.

Dernièrement, M. Thomas (de Genève) a obtenu les meilleurs résultats de lavements d'huile de foie de morue créosotée, dans le traitement de la tuberculose péritonéale. Chaque soir, un lavement de 100 à 150 grammes d'huile de foie de morue émulsionnée, additionnée de 0 gr. 50 à 2 grammes de créosote, suivant l'âge, est administré au malade. La tolérance est parfaite si on a eu soin d'évacuer préalablement l'intestin, et au bout de quelques jours, le malade ne rend plus le matin qu'une très petite quantité de l'huile injecté la veille.

Des injections sous-cutanées. — Signalons aussi le traitement par les injections d'huile gaiacolée, proposé récemment par Dasternes, et qui semble avoir quelque efficacité.

Les injections de sérum artificiel seront, par contre, sévèrement proscrites, surtout au début et dans la période d'état, car elles peuvent provoquer des poussées tuberculeuses ou tout au moins de l'hyperthermie, ainsi que l'a démontré M. G. Daremberg.

Quant à la tuberculine, elle n'a donné que des résultats douteux (Vedlitchko).

Cure hydro-minérale. — Enfin à la période de réparation, les eaux minérales arsénicales du Mont-Dore, arsénicales et chlorurées sodiques de la Bourboule, les eaux de Saint-Nectaire, peuvent exercer l'influence la plus heureuse sur les malades et hâter leur guérison.

On insistera sur cette médication lorsqu'on soupçonnera un début intestinal, ou qu'il y aura des symptômes d'entérite.

Traitement des douleurs. — Les douleurs seront calmées par des injections de morphine, l'application sur le ventre de pommade belladonnée et d'onguent mercuriel.

S'il y a des vomissements, un état subaigu, ces indications se

trouvent mieux remplies par de larges vessies de glace tenues en permanence sur l'abdomen.

De la révulsion. — La révulsion locale avec des badigeonnages iodés ou, mieux, des pointes de feu très fines, soulage fréquemment les malades, surtout lorsqu'elle est appliquée au moment des poussées tuberculeuses et sur les points où la douleur et la rénitence indiquent l'existence du travail péritonitique (Le Gendre). Nous sommes opposés aux émissions sanguines (sangsués) et aux vésicatoires, qui ont encore de fervents adeptes parmi les médecins.

L'application d'une couche épaisse de collodion sur l'abdomen est un excellent moyen d'atténuer les douleurs en immobilisant la paroi et en diminuant le météorisme. On pourra combiner la révulsion avec la contention en se servant de collodion iodo-iodoformé, ou en étendant sur une couche de teinture d'iode une couche de collodion (Guéneau de Mussy).

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Maladies nerveuses

Les stigmates dits de dégénérescence dans la paralysie générale chez l'homme.

Par le Dr. P. NAECKE.

Conclusions : — 1° Parmi les 100 paralytiques qui ont été passés en revue, il y en avait 37 % qui pouvaient être considérés comme tarés au point de vue héréditaire. Dans cette proportion, il a rencontré des maladies mentales dans la famille pour la moitié des cas. En raison de l'insuffisance de commémoratifs, et malgré les différentes recherches faites, on n'a pu aboutir à aucun autre résultat chez 45 % des malades. Néanmoins la tare héréditaire dans la paralysie générale constitue un facteur très important. La plus grande moitié des malades pouvait être considérée comme atteinte de syphilis. Il n'est pas permis toutefois d'affirmer qu'il existe des rapports anatomo-chimiques innés et d'une nature bien déterminée dans la paralysie ou plutôt chez les paralytiques.

2° Il est hors de doute que 43 % des malades pouvaient être considérés comme syphilitiques. Ce chiffre n'indique qu'une proportion minima et l'auteur estime que la proportion de 60 à 75 % se rapproche plus de la vérité. Entre le moment de l'infection et celui du développement de la maladie, il se passait en général plus de dix années. La plupart des paralytiques sont devenus malades entre 36 et 40 ans.

3° La syphilis et la tare héréditaire n'agissent généralement que d'une manière prédisposante sur un cerveau spécialement constitué ; la maladie se développe le plus souvent sous l'action de plusieurs autres causes, et spécialement sous l'action de troubles émotifs.

4° Le complexus symptomatique de la paralysie générale n'est plus ce qu'il était autrefois, autant sous le rapport de la forme et de la durée de la maladie que sous le rapport anatomo-pathologique.

5° Nos 80 malades offraient une tare héréditaire dans la proportion minima de 17.5 % ; l'auteur croit que la proportion réelle se rapproche de 20 à 25 %.

6° La comparaison des signes de la dégénérescence chez les paralytiques et les normaux a donné ce résultat que les stigmates les plus prononcés et les plus importants, de même que leur extension à toute la surface du corps et la proportion la plus grande (stigmates faibles et stigmates prononcés) étaient plus fréquents chez les paralytiques.

7° Si les normaux présentaient des stigmates et parfois des stigmates nombreux, ils étaient faibles et de minime importance.

8° Une légère tare héréditaire semblait à peine influencer les deux catégories quant à la qualité et la quantité des signes de la

dégénérescence ; par contre cette influence était très sensible là où l'hérédité était grande ; il en est de même pour l'éducation, l'aisance ou les situations opposées. Plus la tare héréditaire était prononcée, plus les malades étaient pauvres et inférieurs au point de vue de l'éducation, plus on voyait monter le nombre, la diversité et l'importance des stigmates.

9° Avant de conclure à l'existence de la dégénérescence, il faut connaître l'étendue des variations de formes prises isolément.

10° Ce que l'on désigne par exemple comme un signe de la dégénérescence est le plus souvent une constatation d'ordre pathologique, c'est-à-dire le résultat d'un trouble nutritif général, ou bien d'un arrêt de développement ; il est rare qu'on doive le considérer comme un phénomène de régression réelle. Ces signes n'ont aucune ou que fort peu d'importance et, alors seulement qu'ils se présentent en grand nombre, très variables et très prononcés dans des formes très importantes, on peut les considérer comme un indice d'infériorité chez celui qui les porte. Encore, avant de conclure dans ces cas, faut-il user de la plus grande prudence si on ne désire s'exposer à des mécomptes. Si on conclut néanmoins il importe encore de rechercher d'autres stigmates beaucoup plus importants, les stigmates psychiques et physiologiques.

11° Nos nombreuses recherches personnelles nous ont conduit à ce résultat capital, qui, nous osons l'espérer, sera confirmé par des recherches ultérieures, qu'apparemment la paralysie n'atteint pas, dans la plupart des cas, un cerveau soi-disant sain et robuste, mais que celui-ci se trouve prédisposé "ab ovo" pour cette maladie, qu'il paraît même prédestiné, en raison d'une constitution cérébrale déterminée (encore inconnue jusqu'ici) et d'une grande tare héréditaire.

En dehors de ces conditions, la syphilis semble impuissante à produire la paralysie générale ; même en présence de cette prédisposition la syphilis, à elle seule, donne très rarement lieu à cette maladie. Pour qu'elle se développe, il faut d'autres causes occasionnelles et le plus souvent des causes occasionnelles multiples.

12° On n'ose plus affirmer aujourd'hui que la paralysie générale constitue une entité morbide. Il n'existe pas de paralysie, mais des paralytiques et des pseudo-paralytiques. En les étudiant de plus près on est tenté de se rapprocher de l'idée des différents empoisonnements endogènes ou exogènes conduisant finalement à des phénomènes paralytiques. Il me semble que des recherches cliniques, microscopiques et expérimentales devront servir de base à la solution de cet important problème.

(Bull. de méd. ment. de Belgique).

Troubles circulatoires sous l'influence des émotions psychiques.

Par A. J. KOJEWNIKOFF.

Les émotions fortes et prolongées peuvent donner lieu à des troubles fonctionnels du cœur ou des vaisseaux. Ces troubles sont généraux ou locaux. Ces derniers présentent un intérêt spécial au point de vue scientifique et pratique.

La manifestation la plus fréquente est la convulsion locale des artères, le plus souvent des mains, c'est la *syncope locale*. Si la stase veineuse vient s'y ajouter, la main devient froide, inerte, bleu foncée, c'est l'*asphyxie locale*. Lorsque avec l'asphyxie locale existe de l'œdème, on a le tableau de l'*œdème bleu*. L'auteur a observé un cas à l'hôpital militaire, qui a duré deux ans. Il n'est pas rare de voir se développer des abcès, plaies et ulcérations pouvant faire supposer des lésions graves et donner lieu à l'amputation. Ces lésions guérissent cependant facilement dans les conditions psychiques favorables.

Les émotions psychiques peuvent aussi amener la dilatation des artères ; à cet ordre appartient l'affection décrite depuis peu sous le nom d'*érythromégalie* ; elle se localise le plus souvent aux pieds et est caractérisée par la rougeur, chaleur et douleur brûlante,

Dans un cas signalé par Lévi, de la clinique de M. Raymond, l'affection ne céda à aucun traitement pendant plusieurs mois, elle disparut sous l'influence de suggestions hypnotiques.

Les émotions psychiques peuvent aussi provoquer des *hémorrhagies* aussi bien dans les organes internes (hémoptysie, hématomés) que dans les téguments externes (sueur sanglante), etc.

Les troubles circulatoires locaux de cette nature ne peuvent s'expliquer que par l'existence de centres vaso-moteurs corticaux qui président à la circulation de diverses parties du corps et sont disséminés dans diverses régions de l'écorce ; ils jouissent d'une certaine indépendance.

Les données cliniques permettent de supposer que ces centres sont voisins des centres moteurs des mêmes régions ; les troubles moteurs étant souvent accompagnés de troubles vaso-moteurs.

Les mêmes troubles peuvent être provoqués par des émotions psychiques centralisées sur un organe ou une partie du corps.

La cause occasionnelle peut être aussi bien une suggestion psychique, une auto-suggestion, un traumatisme, une infection, etc.

Les autres fonctions de l'organisme, aussi bien que la circulation, sont également sous l'influence de l'activité psychique.

On doit donc se défendre des influences psychiques défavorables comme l'on se défend des insultes physiques.

La connaissance de ces faits constitue la base de la psychothérapie.

(Soc. de neurol. et psych. de Moscou. — Rev. neurol.)

De la sialorrhée dans le tabès.

Par L. MAZATAUD (Thèse de Paris, 1898).

La sialorrhée se montre au cours des affections les plus diverses, affections du système nerveux, affections viscérales, infections, intoxications. Les cas de sialorrhée essentielle relèvent de l'hystérie. Parfois elle peut être la seule manifestation symptomatique de la névrose et constitue une véritable "névrose salivaire" (Klippel). Quand elle se montre au cours du tabès, la sialorrhée a une signification nette, elle indique la présence d'une lésion bulbaire excitant le centre salivaire soit directement, soit par action de voisinage. Les faits cliniques montrent la réalité de cette hypothèse : la sialorrhée est un symptôme tardif du tabès, elle procède par excès, elle coïncide avec d'autres phénomènes bulbaires (névrite de la cinquième paire, névrite optique, troubles du goût, de l'odorat et de l'ouïe). Sa valeur pronostique n'est pas à négliger, car en l'absence d'autres phénomènes elle indique l'extension du processus au bulbe.

(Rev. neurol.)

Dermatologie

Les dermatites polymorphes douloureuses.

M. Brocq étudie sous ce titre les affections caractérisées par des éruptions polymorphes à poussées successives, coïncidant avec une bonne santé générale, présentant des phénomènes très douloureux, et qu'on peut classer en trois groupes différents.

Les dermatites polymorphes douloureuses aiguës sont constituées par une éruption polymorphe, des phénomènes subjectifs accentués, une évolution rapide, un bon état général.

Les dermatites polymorphes chroniques à poussées successives, sont caractérisées par une fort longue évolution qui donne à la maladie un caractère d'extrême gravité.

Les dermatites polymorphes douloureuses récidivantes de la grossesse ont des liens étroits avec les premières et n'en diffèrent que par les rapports qu'elles présentent avec la grossesse. Les lé-

sions élémentaires consistent en primitives : plaques et circinations érythémateuses, papules, urticaire, vésicules, bulles, et en lésions secondaires : croûtes, squames, épaissements dermiques, etc. Bien que ces lésions coexistent d'ordinaire, il est possible de les distinguer les unes des autres. Selon l'importance de tel ou tel élément, on peut considérer, à côté d'un type morbide moyen, des variétés : érythémato-urticarienne, herpétiforme, circonscrite, bulleuse, pustulense d'emblée, comme aussi des variétés intenses, bénigne selon le degré d'acuité de la maladie.

Quelle est l'étiologie d'une telle affection ? On n'est pas fondé à soupçonner l'existence d'un microbe pathogène ; on a fait jouer un rôle à l'intervention de toxines résultant de produits imparfaitement réduits ; on a invoqué l'influence d'une altération nerveuse, et le docteur Leredde en fait une maladie sanguine. L'obscurité règne donc sans conteste.

Le diagnostic sera assuré par le polymorphisme des lésions et leur accompagnement de phénomènes douloureux.

Le traitement reste livré comme l'étiologie à bien des incertitudes. Le mieux est de recommander le lait, de proscrire les alcools et les aliments excitants, et même d'user du régime lacté complet si l'éruption est excessive. Éviter les émotions, les fatigues nerveuses sera un bon adjuvant ; on combattra la fièvre par la quinine à hautes doses (75 centigr. en 3 fois en 24 heures). En cas d'insuccès, il faut employer l'arséniate de soude qu'on donnera jusqu'aux limites extrêmes de la tolérance ; au besoin il faut l'administrer en injections hypodermiques. Comme traitement local, le mieux est d'ouvrir les bulles avec une aiguille que l'on flambe soigneusement. Le docteur Tuffier a émis l'opinion que le lavage du sang pourrait donner de bons résultats, puisque l'on admet généralement que ces lésions proviennent d'une toxine. M. Brocq rapporte cette théorie qui n'a pas encore été mise en pratique.

(Journal des praticiens).

REVUE PROFESSIONNELLE

"CLAUDE PAYSAN."

Par le Dr. ERNEST CHOQUETTE.

Il faut avoir le talent et la facilité du travail du Dr. Choquette, le St-Hilaire, pour publier deux volumes, à quelques mois d'intervalle tout en répondant aux exigences d'une belle clientèle.

Car Choquette est médecin avant d'être écrivain ; sans paradoxe, la lecture de son nouveau livre le démontre. De la première à la dernière page vous y retrouvez cette faculté d'observation, patiente, fidèle, minutieuse, hippocratique, en un mot, qui fait l'habile médecin.

"Claude Paysan", le titre l'indique, est une description de la vie du cultivateur canadien, servant de cadre à une intrigue d'amour ; c'est l'histoire journalière de nos clients, à nous, médecins de campagne.

Dans "Les Ribaud", Choquette visait le roman psychologique, dans son nouvel ouvrage, il fait une étude de mœurs où la puissance d'observation se marie fort heureusement à l'originalité des aperçus. Du bout de la plume, sans paraître appuyer, il trace une série de tableaux dont l'ensemble respire toujours le vrai, le naturel et la plus scrupuleuse exactitude.

Lisez ses descriptions des labours, semailles, fanaisons, de la première neige et surtout de la tempête de grêle, et vous en apprécierez la fidélité. On a d'autant plus de plaisir à lire ce livre que l'auteur a su éviter les longueurs, les redites, les détails flandriens rencontrés trop souvent dans les études de ce genre.

Au point de vue de la forme, notre confrère a fait d'énormes

progrès depuis l'an dernier. Son style clair, rapide, concis, dégagé des souvenirs de lecture, prend déjà une allure toute caractéristique qui avec le temps, le travail et l'étude le placera au premier rang de nos littérateurs.

Choquette a un troisième volume sur le métier : " *Les carabines*." Certes, voilà un titre trop suggestif ! Qui a connu Choquette étudiant, pensent quel parti il peut tirer d'un tel sujet ! Le livre vaudra la peine d'être lu surtout si l'auteur veut bien lui donner une certaine teinte... autobiographique.

L. et O. S.

Comite d'Etudes medicales.

Une des plus intéressantes séances du comité d'études, le 2 novembre dernier.

M. le docteur J. D. Gauthier présidait.

M. le docteur Duhamel donna lecture d'une communication très savante sur un cas de conservatisme d'un œil fortement traumatisé, alors que l'énucléation de cet œil affecté aurait été pour ainsi dire le remède véritablement classique.

MM. les docteurs Faucher, Boulet et Hervieux engagèrent une vive discussion sur les avantages et les inconvénients de l'opération telle que décrite par notre ami, M. le docteur Duhamel.

M. le docteur Oscar Mercier nous parla ensuite d'une opération qu'il fit avec succès, assisté de MM. les docteurs Harwood et Ethier, à l'hôpital Notre-Dame. Il s'agissait d'une tumeur intra-abdominale, ou mieux mésentérique, de nature sarcomateuse, ce qui est rare dans cette région où nous rencontrons plutôt des lipomes.

Le docteur Mercier nous fit voir aussi un gros calcul qu'il avait extrait de la vésicule biliaire d'un malade de l'hôpital Notre-Dame.

A la prochaine séance, M. le docteur Rottot doit continuer la lecture de son travail sur l'inflammation.

QUESTIONS ET REPONSES

13° Il y a-t-il réellement une différence de poids entre le cerveau de la femme et celui de l'homme ?

JACQUES.

14° Un pharmacien a-t-il le droit de vendre sans prescription des substances comme la morphine, etc. ? Et s'il reçoit une prescription *ad hoc*, peut-il renouveler sans cesse cette prescription d'un remède dont évidemment le malade veut faire un abus, sans avertir le médecin ou exiger du malade une nouvelle prescription ?

JEAN.

FORMULAIRE

CONVULSIONS — (Simon).

Musc.....	3 grains.
Campbre.....	15 —
Chloral.....	7 à 24 —
Jaune d'œuf.....	1
Eau.....	3 onces.

Pour un lavement,

(*Reforma medica.*)

ALOPÉCIE SYPHILITIQUE — (Gaucher).

Sublimé.....	3 grains.
Chloral.....	60 —
Resorcine.....	30 —
Huile de ricin.....	15 gouttes.
Alcool à 90°.....	6 onces.

En lotions.

(*Ibid.*)

NOUVELLES.

— Mardi matin, dans la chapelle de Mgr l'archevêque, à la cathédrale, a été célébré le mariage du Dr. Anthime Charbonneau, de Keeseville, N. Y., gradué des universités de Boston, New-York, Philadelphie, et professeur de gynécologie à l'université de Burlington, Vt., avec Mlle Henrietta Latourelle, fille aînée de M. Henri Latourelle, surintendant de la "Canada Horse Nail Co.", de Montréal.

— La nomination de nouveaux agrégés à la faculté de médecine de l'université Laval, à Montréal, vient d'avoir lieu. Ont été nommés :

Dr. L. J. V. Cléroux, médecin visiteur de l'Hôtel-Dieu, assistant à la clinique interne.

Dr. A. R. Marsolais, assistant à la clinique interne.

Dr. J. David Gauthier, assistant à la clinique interne.

Dr. de St. Harwood, assistant à la clinique de gynécologie.

Dr. I. Cormier, assistant à la clinique de pédiatrie.

Dr. C. N. Valin, assistant à la clinique de dermatologie.

Dr. J. Edmond Dubé, assistant à la clinique interne.

Dr. R. Hébert, assistant à la clinique interne.

Dr. Albert Lesage, assistant à la clinique interne.

Dr. E. P. Chagnon, assistant à la clinique de neurologie.

Dr. H. M. Duhamel, assistant à la clinique d'ophtalmologie.

Dr. A. Ethier, assistant à la clinique externe.

Dr. A. Roberge, assistant à la clinique interne.

Dr. A. Bernier, démonstrateur de bactériologie et d'anatomie pathologique.

Dr. S. Boucher, démonstrateur d'histologie.

M. le Dr. N. Delorme est nommé professeur adjoint d'anatomie pratique.

Nos félicitations sincères.

— Nous apprenons avec peine la mort de M. l'échevin L. A. Boisvert, de Québec. Le défunt était le père de M. le docteur Boisvert, collaborateur à *La Revue médicale*.

Nous présentons à notre ami nos sincères condoléances.

— Nous remercions la *Antikamnia Chemical Co.* de l'envoi d'un magnifique étui en maroquin, renfermant deux petites boîtes de tablettes d'*antikamnia et quinine*. Nous sommes certains que nos confrères trouveront de grands avantages dans l'emploi raisonné de ces tablettes.

— MM. Parke, Davis et Co. ont fait un acte de grande générosité, en décidant de payer, comme auparavant, le salaire de deux de leurs employés partant pour le Tranvaal, et en promettant de les réinstaller, à leur retour, dans les mêmes positions qu'ils occupaient avant leur départ. MM. Parke et Davis ont aussi donné au contingent militaire de nombreuses préparations antiseptiques.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Myomes utérins multiples, grossesse. Laparotomie exploratrice, avortement. Myomectomie. Guérison, par M. T. Brennan, M. D., professeur adjoint à l'université Laval, et de clinique de gynécologie à l'hôpital Notre-Dame, Montréal, etc.....	145
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : De la paralysie faciale précocée et tardive, par M. le professeur Dieulafoy (suite).....	147
CHIRURGIE : Traitement par l'électrolyse des rétrécissements de l'urètre, par M. H. Bordier, de Lyon, rapport ur.....	147
OBSTÉTRIQUE : Le vagissement intra-utérin, comme moyen de prévenir l'asphyxie du fœtus pendant le travail, par M. le docteur Rapin, de Lausanne.....	148
GYNÉCOLOGIE : Traitement des abcès de la glande vulvo-vaginale.....	149
PÉDIATRIE : Entérites et infections intestinales par M. le Dr. R. Romme, préparateur à la faculté de médecine de Paris (suite).....	150
THÉRAPEUTIQUE : Les névralgies et leur traitement.....	151
MALADIES NERVEUSES : De l'hémianesthésie dite capulaire et de l'hémianesthésie par lésion corticale, par M. Déjérine.....	151
DERMATOLOGIE : Sycois de la moustache et de la lèvre supérieure. Son origine nasale.....	152
FORMULAIRE.....	162
NOUVELLE.....	162

Travaux Originaux

Myomes utérins multiples, grossesse. Laparotomie exploratrice, avortement. Myomectomie. Guérison.

par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur adjoint à l'université Laval, et de clinique de gynécologie à l'hôpital Notre-Dame, Montréal, etc. (1).

Je désire, messieurs, vous entretenir, aujourd'hui, d'une malade qui vient de quitter notre service ces jours derniers, et que plusieurs d'entre vous avez suivie. Son histoire nous permettra de faire ressortir et d'appuyer sur certains faits intéressants tant au point de vue opératoire qu'au point de vue théologique.

O. X... est âgée de 36 ans, et fille. Elle entre dans le service le 26 août 1899. Je n'insisterai pas sur les détails de son histoire. Elle est malade, dit elle, depuis le mois d'avril dernier ; mais depuis deux ans, elle ressent certains malaises dans le ventre. Depuis la fin de mai, elle grossit et est restée grosse. Elle a maigri beaucoup depuis avril. Vers le milieu d'avril, elle a co-habité pour la première fois dans sa vie : un coït unique. Quatre semaines après, elle a eu ses règles, mais très peu. Depuis, rien. Jusqu'à ce temps, elle avait toujours été régulière, et n'avait jamais eu de ménorragies, ni de métrorragies. Depuis mai dernier, elle a eu des vomissements, le matin, deux fois ; elle est plus nerveuse, plus susceptible ; ses seins ont grossi un peu. Elle ne peut dire si elle a ressenti des mouvements dans l'abdomen. Voilà pour la malade.

A l'examen de l'abdomen nous trouvons que le ventre a une forme globulaire plus prononcée dans le flanc gauche. On découvre une tumeur multilobulaire à nodules durs non rénitents Elle occupe

l'hypogastre et se prolonge dans le petit bassin. Les contours en sont nets à gauche, et surtout à droite près du ligament de Poupert les nodules sont plus nombreux, plus petits, plus durs et plus superficiels. En haut et à droite, vers l'ombilic, la masse est plus uniforme dans ses contours, moins nodulaire, plus élastique, sans fluctuation ; les limites, en cet endroit, sont moins nettes. Toutes ces proéminences semblent faire partie intégrante d'une même tumeur, qui est mobile latéralement et d'arrière en avant, peu de haut en bas. Le palper n'éveille pas de douleur. Toute l'étendue de la tumeur offre de la matité absolue ; il n'y a de fluctuation nulle part ; il n'y a ni ascite, ni œdème. Il existe une ligne brune sous-ombilicale. L'auscultation ne donne aucun bruit anormal ni aucun souffle.

Le vagin présente une teinte plombée ; et il existe une légère vulvite érosive et une sécrétion muco-purulente.

Au toucher, on trouve le petit bassin rempli d'une masse dure irrégulière non adhérente, mais peu mobile ; on sent un noyau secondaire dur en arrière écrasé sur le sacrum. La masse n'est ni fluctuante, ni pâteuse, ni rénitente. Le col utérin est refoulé en haut et en avant au niveau de la symphyse pubienne ; il est mince, effacé, assez dur, mobile latéralement et on peut y introduire l'extrémité de l'index. Il est impossible dans toute cette masse de localiser le corps de l'utérus ; c'est un tout-matrice et néoplasme. On ne constate pas de ballottement.

Les seins sont flasques, tombés ; les mamelons plus proéminents, avec une auréole assez prononcée. Il n'y a pas de sensibilité ; on exprime un peu de sécrétion laiteuse.

Avec ces données, le diagnostic le plus probable c'est une grossesse compliquée d'une tumeur multi nodulaire — fibro-myome ou papillome — plus probablement le premier, — tumeur faisant partie intégrante de l'utérus gravide.

Le diagnostic étant ainsi posé, la question de l'intervention s'impose.

Doit-on opérer ? Si la personne est enceinte — elle le serait de $\frac{1}{2}$ mois — le fœtus peut être dans l'utérus ou ailleurs, vivant ou mort. Il est possible que la personne ne soit pas enceinte du tout. Nous n'avons aucune certitude ni pour, ni contre. Dans ces conditions, nous pouvons faire une laparotomie exploratrice et aviser ensuite.

La malade accepte cette intervention mais y met la condition que nous ne procédions pas plus loin, s'il y a grand risque à courir. L'urine ne fournissant pas de contre indication et la perméabilité rénale étant constatée par la réaction du bleu de méthylène, nous faisons une laparotomie exploratrice, le 1er septembre, aidé de notre collègue, le docteur Harwood. Nous tombons sur des fibromes multiples ; à droite plusieurs petits pédiculés, à gauche un, gros comme un œuf de dinde, sessile, et plusieurs autres interstitiels ; le petit bassin est rempli d'une gros myome interstitiel qui est développé au dépens du segment postérieur de la matrice et qui a repoussé le col en avant et en haut, et refoulé l'utérus hors du bassin, en haut et vers la droite. L'utérus est gravide ; le ballottement et le palper font constater un fœtus à son intérieur. On ne retrouve pas de bruits positifs à l'auscultation ; on ne sent pas de mouvements actifs. Malgré tout, nous n'avons pas de certitude absolue de

(1) Clinique faite à l'hôpital Notre-Dame. Nous devons les détails de cette intéressante observation à l'obligeance de M. le docteur Ethier, l'interne en chef de l'hôpital Notre-Dame.

la mort du fœtus. Après examen minutieux par nous et nos assistants et malgré que nous soyons presque convaincus de la mort du fœtus, nous convenons qu'il peut y avoir doute. Etant donné la petite possibilité que le fœtus est vivant, nous ne pouvons procéder à l'opération radicale ; d'ailleurs la promesse faite à la patiente avant l'anesthésie nous liait. M. le chapelain, présent à l'opération, nous donne son opinion formelle que s'il y a le moindre doute, que si nous n'avons la certitude de la mort de l'enfant, nous ne pouvons faire l'hystérectomie, c'est-à-dire sacrifier l'enfant. Dans de telles circonstances, il ne nous reste qu'à fermer le ventre et attendre les événements.

La position est sérieuse. Etant donné la possibilité que le fœtus vit et continuera à croître ; la délivrance sera alors des plus difficiles. Il faudra être prêt à faire une césarienne, une symphyséotomie ou une myomectomie pour extraire le fœtus par les voies naturelles. Et cela lorsque le terme de la gestation sera atteint ou l'enfant viable. S'il meurt, la forme d'intervention pourra varier.

Avant de discuter cette question épineuse, suivons l'histoire de cette malade.

La laparotomie est terminée à midi et avait duré trente minutes.

A minuit, la patiente a été délivrée d'un fœtus mort, un peu macéré ; il n'y avait pas de signe d'infection.

Nous avons eu tort de douter ; l'enfant était mort depuis quelque temps.

Les suites ont été bien normales : aucune infection ne s'est produite et la plaie abdominale s'est réunie par première intention.

Procédons. Plus tard nous expliquons carrément la position à la patiente et insistons sur la nécessité d'une opération radicale. Finalement elle accepte, et le 2 octobre, un mois après la première intervention, nous faisons une nouvelle laparotomie. L'utérus est bien rétracté et les myomes semblent plus accessibles.

Nous nous décidons alors à pratiquer la myomectomie de préférence à l'hystérectomie abdominale totale. Nous enlevons six myomes, et nous suturons par deux étages de sutures les cavités restées vides. L'hémostase est parfois difficile, et l'opération dure presque deux heures.

Suites absolument normales. Durant les premiers dix-huit jours qui ont suivi l'opération, la patiente a eu des métrorragies assez abondantes par moments.

Le 30 octobre, la malade quitte le service, guérie pour toujours, nous l'espérons, et avec son utérus et ses ovaires.

Ce cas présente plusieurs points d'intérêt, donc : 1° l'absence de signes positifs de grossesse ; 2° la délivrance par les voies naturelles ; 3° le côté religieux de la question ; 4° la myomectomie, employée de préférence à l'hystérectomie.

Touchons un peu à quelques-uns de ces divers points. 1° Quant à la mort du fœtus ; tous les signes de vie étaient négatifs presque, nous avons peut-être eu tort d'hésiter, de douter ; nous avons eu bien faire et de fait, pour le cas actuel, les suites nous ont démontré que nous avons eu raison de temporiser. Etant donné que le fœtus était mort, nous aurions pratiqué une hystérectomie abdominale totale, opération beaucoup plus grave que la myomectomie faite subséquemment ; 2° la nature a opéré la délivrance no male-

ment, nos manipulations ayant peut-être hâté l'expulsion ; en surveillant attentivement, les suites ont été excellentes ; 3° la myomectomie est une opération de conservatisme ; elle évite la ménopause prématurée et les inconvénients possibles de l'hystérectomie ; si nous n'avions attendu, nous ne l'aurions pas faite, car le fœtus mort, elle aurait exposé plus à l'infection, en laissant un utérus traumatisé, et l'hémostase aurait été plus difficile, croyons-nous, sur cet utérus gravide. En admettant que l'enfant était vivant, le nombre de fibromes et leur position interstitielle auraient entraîné à coup sûr l'avortement ; de par le fait même, nous ne devions pas y songer. L'involution qui a suivie la délivrance, nous a mis les tumeurs plus en évidence et nous a fait préférer l'opération conservatrice.

4° Le côté religieux et catholique de la question mérite toute notre attention. Nous intervenons, chez les femmes enceintes, doivent toutes être basées sur le fait que l'Eglise enseigne que l'enfant ayant vie dans le sein de sa mère ne peut être sacrifié de propos délibéré, pour sauver celle-ci. Parfois on se dit : "dura lex" ; mais il faut ajouter : "sed lex !" Or, si nous constatons que l'enfant n'est pas viable nous ne pouvons pas enlever l'utérus ou l'enfant — nous ne pouvons tuer celui-ci, et il va de soi, c'est ce que nous ferons si nous intervenons à cette époque. — Nous ne pouvons nous prononcer positivement sur l'avenir d'un cas de ce genre ; la femme n'avortera peut-être pas ; elle se rendra peut-être à terme ; la délivrance se fera peut-être par les voies naturelles ; une myomectomie pour enlever la tumeur, principale cause de la dystocie, suffira au dégagement ; une césarienne sauvera les deux ; une symphyséotomie aidera peut-être.

Dans toutes ces probabilités on doit respecter la vie de l'enfant comme celle de la mère.

Résumons, messieurs, en quelques mots votre ligne de conduite dans ces cas.

1° Etes-vous certain que la femme est enceinte et que le fœtus vit, mais qu'il n'est pas viable, vous ne devez tenter, de propos délibéré, aucune opération qui puisse exposer la vie du fœtus. Il faut dans ces cas faire de l'expectation armée et saisir le moment favorable pour intervenir et choisir le moyen qui expose le moins les deux, la mère et l'enfant.

2° Existe-t-il du doute sur la grossesse, la laparotomie exploratrice est permmissible. Après, vous aviserez pour votre meilleure technique opératoire, si la femme est grosse et le fœtus mort. S'il n'y a pas de certitude sur sa mort, vous fermerez le ventre sans tenter aucune opération qui pourrait entraîner la mort du fœtus.

3° Arrivez-vous à constater positivement que le fœtus a cessé de vivre, encore croyons-nous, vaut-il mieux — à moins qu'il n'y ait urgence absolue : septicémie, etc. — attendre, si possible, et obtenir la délivrance par les voies naturelles, afin de profiter plus tard de l'involution utérine et d'un terrain moins dangereux. Cette temporisation changera, peut-être, au profit de la malade, l'intervention premièrement projetée. Mais, direz-vous, c'est une laparotomie de plus ; oui, c'est vrai, mais qu'est-ce qu'une laparotomie de plus, si, comme dans ce cas-ci, elle vous donne le moyen d'éviter la mutilation inutile d'une femme ?

Il était de mon devoir, messieurs, d'aborder devant vous ces questions qui n'ont pas la même solution chez nos confrères de croyance différente ; pour nous, l'Eglise, juste et immuable, nous trace nettement le chemin que nous devons suivre ; nous devons nous en tenir à ses enseignements.

200, rue Saint-Hubert.

Revue des journaux

MÉDECINE

De la paralysie faciale précoce et tardive.

Par M. le professeur DIEULAFOY.

(Suite)

Ce n'est pas tout, la paralysie syphilitique faciale double est fréquente, et il s'agit ici encore de paralysie précoce. La paralysie présente alors l'aspect de la paralysie glosso-labio-laryngée qui, vous le savez, conduit presque fatalement à la mort. J'ai observé ainsi une diplégie faciale au troisième mois de l'infection syphilitique. Le malade s'étant présenté avec une monoplégie faciale, j'instituai un traitement spécifique énergique et, chose curieuse, quelques jours après, pendant le traitement, le côté opposé se prend, et il présentait le véritable masque impassible de la double paralysie faciale. Cela s'est fait non sous l'influence du traitement, mais malgré le traitement, c'est là une preuve qu'il n'y a pas de traitement préventif des lésions syphilitiques, mais qu'il faut une lésion déjà existante pour que le traitement agisse, c'est encore une preuve de la loi de symétrie qui n'est pas très rare en matière de syphilis. Une observation semblable est due à M. Fournier, il y a eu d'abord hémiplégie, puis diplégie faciale, la voici :

" A..., 35 ans, constitution robuste, tempérament sanguin, bonne santé habituelle. Une fluxion de poitrine il y a quelques années ; bronchite intense dans le courant de l'hiver dernier ; aucune autre maladie.

En septembre 1856, A... contracte une blennorrhagie et deux chancres se manifestèrent sept ou huit jours après l'apparition de l'écoulement et, au dire du malade, trois semaines après le dernier coït.

A... s'adressa d'abord à un pharmacien, qui lui administra sans succès quelques capsules de copahu, puis à un second pharmacien, qui le traita à l'aide de pilules dont il ne sait pas la composition. Le malade prenait deux de ces pilules par jour. Il suivit ce traitement pendant cinq semaines ; il l'abandonna, voyant que l'écoulement et les chancres persistaient. Il ne fit plus aucune médication ; et continua son travail habituel.

En décembre, épидидymite aiguë (côté gauche), quelques jours de repos, bains. Soulagement.

Huit à dix jours après, épидидymite droite. Bains, cataplasmes, repos.

Lorsque je vis le malade en janvier 1857, je constatai l'état suivant :

Deux chancres de la face muqueuse du prépuce en voie de réparation ; la base de ces chancres offrent une induration parcheminée très bien accusée, très nette ; adénopathie bi-inguinale à ganglions multiples, durs, indolents. Blennorrhagie ; écoulement jaune assez abondant ; peu de douleur pendant la miction.

Tuméfaction indolente et dure des deux épидидymes. Pas d'é-

ruptions sur le corps, le malade affirme qu'il n'a jamais été affecté ni de boutons, ni de rougeurs.

Pas d'adénopathie cervicale ni d'alopécie ; pas d'altération buccale.

En revanche, le malade se plaint de douleurs violentes dans le bras ; les douleurs siègent surtout au niveau de l'épaule, près de l'articulation ; elles sont bien plus intenses la nuit que le jour ; la nuit, elles l'empêchent de dormir et deviennent insupportables ; le jour, elles s'apaisent surtout après quelques mouvements. Lassitude générale, pas de céphalée.

Dans les premiers jours de janvier, le malade gardait le lit souffrant encore de la seconde épидидymite. Ce fut alors qu'un matin, à son réveil, il ressentit dans la moitié gauche de la face les symptômes de la paralysie que nous allons décrire. Cette paralysie s'était produite d'emblée, car la veille au soir, et même avant minuit, il n'en existait encore aucun symptôme.

Bouche déviée, entraînée à droite ; joue flasque, s'enflant légèrement au moment de l'expiration, impossible de siffler, de retenir les aliments, qui s'échappent par le côté paralysé ; l'œil reste forcément ouvert, le malade ne peut le fermer qu'à demi ; il ne peut non plus relever le sourcil. Deux jours après, le même phénomène de la paralysie se montrait du côté droit. Ici encore, la paralysie s'est montrée subitement ; c'est dans une nuit d'insomnie que le malade a commencé à en ressentir les premiers symptômes. La face offre alors une expression étrange d'immobilité et d'hébétude ; la bouche est devenue un peu déviée à droite mais plus légèrement ; il semble donc que la paralysie soit moins complète de ce côté ; la paupière supérieure s'abaisse un peu plus. Ce qui frappe le plus, c'est la gêne de la mastication ; impossibilité absolue de retenir les aliments dans la bouche, ils s'accumulent entre les arcades dentaires et les lèvres, et, malgré tous les efforts du malade, ils tombent au dehors.

La sensibilité est conservée sur tous les points de la face des deux côtés.

Aucune altération du mouvement dans les membres ; apyrexie complète. Appétit.

Le traitement mercuriel fut commencé le 3 janvier, dès l'apparition des premiers symptômes de cette paralysie. Le 24 janvier, il ne reste plus trace de la double paralysie faciale dont le malade a été affecté.

M. Boix cite, lui aussi, un cas semblable. En 1898, M. le prof. Raymond (clinique des maladies du système nerveux), a publié un cas de diplégie faciale ; il passe en revue les causes de la diplégie faciale et, au point de vue de la syphilis, il cite des cas où elle doit être incriminée.

Pour la malade qui fait l'objet de sa leçon, il ne croit pas qu'il s'agisse de paralysie syphilitique, mais, dit-il, il n'affirmerait pas le contraire. Vous voyez donc que la paralysie faciale précoce, simple ou double, est assez fréquente, très fréquente même par rapport à la paralysie tardive ; il est bon de la connaître pour éviter des erreurs grossières.

(Indépendance médicale)

CHIRURGIE

Traitement par l'électrolyse des retrecissements de l'uretère.

Par M. H. BORDIER (de Lyon), rapporteur.

(Association française pour l'avancement des sciences.)

Avant d'exposer les détails de technique, il est utile, pour la clarté du sujet, de se rappeler les lois générales qui président à l'électrolyse des tissus vivants, tout en ne perdant pas de vue le genre d'organes sur lesquels portera l'action électrolytique.

Les tissus peuvent être considérés, au point de vue physique,

comme un substratum poreux, imbibé d'une solution de chlorure de sodium à 7 ‰. Voyons ce qui va se passer :

Si l'on introduit dans les tissus deux électrodes métalliques reliées à une source d'électricité galvanique, l'électrolyte, constitué par la solution du Na Cl qui imbibé les tissus, va, sous l'action du courant, être décomposé en ces éléments Na et Cl.

A l'électrode négative, le sodium va se déposer, tandis que le chlore se portera sur l'électrode positive.

Les tissus qui se trouvent soumis à l'action de la soude formée autour de l'électrode négative sont détruits, et la destruction est proportionnelle à la quantité d'électricité. C'est cet effet de l'électrolyse qui a, pour le cas qui nous occupe, une importance capitale. Il faut bien le comprendre et bien examiner son action sur les tissus si l'on ne veut pas s'exposer à mal interpréter le résultat de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements.

Lorsqu'on a fait agir pendant un certain temps le pôle négatif sur un tissu vivant, on constate que l'effet ne se limite pas aux seuls points de contact entre l'électrode et les tissus voisins ; on voit, au contraire, une zone cylindrique qui, en coupe transversale, se montre sous la forme d'un cercle et dont la coloration grisâtre indique qu'il s'est produit des modifications biologiques excentriquement à l'aiguille reliée au pôle négatif.

Au point de vue du résultat ultérieur, il y a formation d'une eschare au niveau de l'électrode métallique, tandis que, dans les parties avoisinantes, il se fait, dans les jours qui suivent l'électrolyse, un travail de régression dû à la production de soude en proportion faible et, pour ainsi dire, de plus en plus diluée.

Tels sont les phénomènes, de première importance pour nous, qui prennent naissance pendant l'électrolyse des tissus vivants.

On peut traiter électrolytiquement les strictures qui peuvent siéger dans les divers canaux :

Rétrécissements de la trompe d'Eustache, du conduit auditif externe, des voies lacrymales, de l'œsophage, du rectum, du canal de l'urètre (chez l'homme et chez la femme).

Nous laisserons de côté les cinq premières variétés de rétrécissements pour insister d'une façon particulière sur la sixième, qui est la plus importante, tant par sa fréquence que par les services que peut rendre l'électrolyse dans son traitement. Nous nous occuperons de l'application électrolytique dans les rétrécissements du canal de l'urètre chez l'homme d'abord et de celui de la femme ensuite.

Traitement électrolytique des rétrécissements de l'urètre chez l'homme. — Les procédés proposés pour appliquer l'électrolyse au traitement des rétrécissements du canal de l'urètre doivent être classés en deux catégories : 1° la méthode cherchant à faire acquiescer brusquement un calibre suffisant au canal ; 2° la méthode dans laquelle le calibre de l'urètre n'acquiesce un diamètre suffisant qu'après plusieurs séances d'électrolyse.

Avec la première méthode il faut à peine quelques minutes pour franchir les rétrécissements les plus serrés ! Dans l'urétrotomie interne, le temps est à peine plus court ! L'analogie est grande entre l'urétrotomie interne et l'électrolyse linéaire ; on pourrait, par conséquent, baptiser celle-ci du nom d'urétrotomie interne électrolytique. Si l'on a reproché tant de fois à l'urétrotomie interne les récidives qui suivent son application, on doit reporter à l'électrolyse linéaire les mêmes critiques, et c'est, en effet, ce qui a été trouvé presque toujours. On comprend bien pourquoi la récidive est si facile dans les deux procédés ; les lèvres de la section, qu'elle soit électrolytique ou faite par une lame coupante, tendent en guérissant à se rapprocher l'une de l'autre et à produire, même après que le tissu cicatriciel se sera formé, un rétrécissement plus serré qu'avant l'opération. Mais on fait courir au malade un risque de plus que dans l'urétrotomie interne, si celle-ci a été faite aseptiquement : c'est que la très grande densité du courant au niveau de la

lame électrolytique de l'appareil de Jardin peut amener, ainsi qu'on l'a constaté quelquefois, un phlegmon du périnée.

Après des objections aussi graves, on comprendra que nos conclusions soient absolument défavorables.

La seconde méthode ne fait acquiescer au canal de l'urètre un calibre convenable et suffisant qu'après plusieurs séances ; on ne cherche pas ici, comme dans l'électrolyse linéaire et dans l'urétrotomie interne, à franchir rapidement le rétrécissement, de manière à pouvoir introduire immédiatement une grosse bougie, le n° 20 par exemple, mais on produit, au niveau de la stricture, des effets électrolytiques tels qu'un travail de régression se manifeste peu à peu et arrive, après plusieurs séances à faire disparaître la majeure partie des tissus pathologiques qui, en proliférant dans la lumière du canal, avaient donné naissance au rétrécissement.

Après avoir étudié la topographie de l'urètre, on introduit le type convenable en ayant soin de choisir l'olive à visser au conducteur d'un diamètre supérieur de trois numéros (filère Charrière) au calibre de l'urètre au niveau du rétrécissement ; on sent alors l'olive arrêtée par la stricture. L'électrode positive spongieuse étant placée sur la peau du malade, soit sur la cuisse, soit sur l'abdomen, le courant est lancé très lentement et graduellement, pendant que l'opérateur maintient la bougie bien appuyée contre le rétrécissement : l'intensité ne doit pas dépasser 5 m A. On sent peu à peu l'olive s'enfoncer à travers la stricture urétrale qu'elle peut franchir quelquefois. Le courant est alors ramené lentement à zéro et on recommence ainsi pour chaque rétrécissement, s'il y en a plusieurs. Chaque séance doit durer de cinq à vingt-cinq minutes.

L'application est sans douleur ; les anesthésiques sont donc non seulement inutiles, mais ils seraient plutôt nuisibles, car ils empêcheraient le malade de tenir le médecin au courant de ce qu'il prouve pendant la séance d'électrolyse.

(à suivre)

OBSTETRIQUE

Le vagissement intra-utérin.

Comme moyen de prévenir l'asphyxie du fœtus pendant le travail,

Par M. le docteur RAPIN (de Lauzanne).

Le vagissement intra utérin, *vagitus uterinus*, est un phénomène relativement rare. Signalé pour la première fois par Baudelocque, il fut observé dès lors par Huguier, Depaul, Hubert (de Louvain), Heyfelder, von Winckel, Spiegelberg, Schulze, Murisier, nous-même et d'autres. Il ne se présente que dans des cas anormaux à la suite de l'introduction accidentelle de l'air dans la cavité utérine au cours de diverses opérations obstétricales.

La rareté du phénomène explique, en partie, le fait qu'on n'a pas jusqu'ici essayé de faire pénétrer artificiellement de l'air dans l'utérus pour favoriser sa production, ou tout au moins, pour permettre au fœtus de respirer dans la cavité utérine, dans les cas où l'asphyxie est à craindre. Peut-être aussi la crainte de la pénétration de l'air dans les veines de l'utérus et l'embolie gazeuse qui en est la conséquence, a-t-elle retenu les accoucheurs. La crainte de la présence de l'air sur les plaies, telle qu'elle existait, il y a vingt-cinq ans, à la suite des théories régnantes de l'époque, et enfin le souvenir des cas de physométrie survenant au cours de certains accouchements négligés et de longue durée, dans lesquels la pénétration de l'air dans l'utérus provoquait la décomposition du liquide amniotique et la septicémie, n'étaient pas faits pour encourager les essais de ce genre.

L'idée d'introduire de l'air dans l'utérus pour prévenir l'asphyxie de l'enfant dans les cas où celui-ci en est menacé pendant le travail, m'a hanté dès le jour où j'ai eu connaissance du cas de vagisse-

ment utérin observé par M. Murisier (de La Sarraz), et ^{qu}e j'ai publié dans le numéro de janvier 1899 de la Société médicale de la Suisse romande. Je me promis de l'essayer dans le premier cas qui se prêterait à une expérimentation de ce genre et j'y ai eu recours trois fois.

Ces trois cas sont loin d'être probants et leur nombre est absolument insuffisant pour démontrer l'utilité, dans certains cas spéciaux, de l'introduction de l'air dans l'utérus. Si je me suis décidé à les publier sans attendre d'en avoir recueilli un plus grand nombre, c'est afin de provoquer, de la part de mes collègues, des essais analogues et l'expérimentation d'une méthode nouvelle dont la valeur ne pourra être appréciée que lorsqu'on aura rassemblé un chiffre assez considérable d'observations pour permettre de comparer les résultats obtenus avec ceux que donnent les cas analogues traités en suivant les indications habituelles.

Malgré les circonstances très défavorables dans lesquelles j'ai pratiqué ces trois premiers essais (disproportion considérable entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin rétréci, défaut de vigueur ou développement incomplet du fœtus), je dois relever le fait encourageant que les enfants sont tous nés vivants ou ont pu être rappelés à la vie. S'ils n'ont pu être conservés vivants, c'est que les causes de la mort dépendaient de la gravité de l'accouchement ou de circonstances n'ayant aucun rapport avec la méthode d'insufflation.

Dans les trois cas, le procédé employé n'a entravé en aucune façon ni les douleurs, ni l'expulsion de l'enfant, ni la marche régulière des couches.

En ce qui concerne le fœtus, le procédé n'a paru produire aucun inconvénient de quelque nature que ce soit ; par contre, je relève le fait qu'aucun des enfants n'avait les voies respiratoires obstruées par des mucosités et du liquide amniotique, circonstance qui facilite considérablement l'établissement de la respiration naturelle et constitue un auxiliaire important de la respiration artificielle.

Si ce seul fait restait acquis, l'insufflation intra-utérine aurait droit de cité parmi les procédés obstétricaux.

Les objections que l'on pourrait faire à la méthode sont les suivantes : 1° danger d'infection ; 2° danger de distension exagérée de l'utérus ; 3° danger de pénétration de l'air dans la circulation maternelle ; 4° difficultés techniques.

1° Le danger d'infection existe comme dans toutes les opérations obstétricales, même les plus minimes. Le moyen de l'éviter est l'antisepsie absolue sur laquelle il est impossible d'insister ici. La désinfection de l'air à injecter n'est pas un problème insoluble. Il suffit d'employer des instruments aseptiques — seringue ou insufflateur — et de les remplir d'air en faisant passer celui-ci à travers une couche d'ouate stérilisée. L'emploi de l'oxygène pourra peut-être remplacer l'air avantageusement, tout en garantissant mieux de l'infection.

2° Le danger de distension de l'utérus est très facile à éviter ; il suffit de n'injecter à la fois que 5 à 600 centimètres cubes d'air. De plus, la nature se charge de diminuer ce danger. A chaque contraction, si l'utérus est trop rempli, le gaz s'échappe.

3° Le danger de l'embolie gazeuse est certainement la plus grave des objections qui puissent être présentées. Je crois, cependant, qu'il ne faut pas l'exagérer. Le danger existe surtout pendant et après la délivrance. Avant l'expulsion, l'utérus est tapissé par le placenta et les membranes, et l'air que nous injectons pénètre dans la cavité amniotique, par conséquent, n'est pas en contact direct avec la paroi utérine.

4° Les difficultés techniques n'existent pas. Cela me paraît découler de la manière de procéder que nous décrivons ci-dessous.

Manuel opératoire. — Aucun instrument nouveau n'est nécessaire, il suffit d'une sonde urétrale en gomme, n° 20 à 25, à laquelle on adapte un tube de caoutchouc de 10 à 15 centimètres, d'une

pince hémostatique, pour assurer l'occlusion du tube de caoutchouc, et enfin d'une seringue de 100 à 200 grammes (à ce défaut, d'un insufflateur à colpeurynter).

Toutes les précautions antiseptiques sont prises, pour les instruments, l'opérateur et la parturiente. On introduit 15 à 20 centimètres de sonde dans l'utérus, en passant du côté du plan antérieur du fœtus, puis on remplit d'air la seringue en faisant passer celui-ci à travers une couche d'ouate aseptique, tenue dans la main. La seringue est ajustée au tube de caoutchouc et on pousse le piston lentement, entre les douleurs. On pince le tube pour enlever la seringue, la remplir à nouveau et injecter l'air autant de fois qu'il est nécessaire.

A mesure que l'air pénètre dans l'utérus, le liquide amniotique s'écoule, et enfin quelques bulles d'air sortent par la vulve. A chaque contraction un peu de gaz s'échappe ; il faut le remplacer. La percussion permet de se rendre compte de la présence, plus ou moins grande, du gaz dans l'utérus. La quantité d'air injecté a été de 5 à 600 centimètres cubes et n'a jamais dépassé un litre. Si, pendant une version ou toute autre opération, l'air s'échappe en entier, un aide peut se charger d'en réintroduire.

Indications. — Quelles sont les indications et contre-indications de la méthode d'insufflation intra-utérine ?

L'avenir se chargera de les préciser, car la présente publication ne peut avoir d'autre caractère que celui d'une communication provisoire. Cependant nous pouvons recommander son emploi : 1° dans tous les cas de procidence du cordon ; 2° dans les présentations de l'extrémité pelvienne, lorsque le travail ne marche pas rapidement et qu'il y a quelque obstacle du côté du bassin ou des parties molles ; 3° dans les présentations de l'épaule, au début de la version, ou après que les genoux ont été amenés à la vulve.

Contre-indications. — 1° Mort du fœtus ; 2° phénomènes septiques pendant le travail ; 3° peut-être placenta prævi (?)

(Gazette des hôpitaux).

GYNECOLOGIE

Traitement des abcès de la glande vulvo-vaginale.

Etudiant différentes particularités de l'histoire de ces abcès, M. le docteur Migot indique, parmi les divers procédés usités pour les traiter, celui qui est employé par M. Julien à Saint Lazare, procédé qui a l'avantage de ne pas nécessiter l'emploi de bistouri, de diminuer le volume de la glande en la sclérosant et d'empêcher les récidives. Voici comment opère M. le docteur Julien.

Quand l'abcès de la glande a évacué son contenu, ou après avoir évacué par expression, à la fin de la période inflammatoire, on traverse le paroi interne de la glande, par la muqueuse vaginale, et on injecte ainsi directement dans le cul-de-sac glandulaire 2 à 3 divisions de seringue de Pravaz contenant une solution de chlorure de zinc à 1/10. Le liquide n'est pas injecté par le canal excréteur, il est injecté dans la glande directement, à travers les parties molles. Cette injection ne doit pas être trop superficielle, car elle déterminerait une inflammation du dartos assez gênante et la récidive se ferait.

Aussitôt après l'injection et pendant quelques jours, se produit une inflammation intense de la glande, puis peu à peu le tout se calme et revient à l'état normal. L'action sclérosante du chlorure de zinc se produit et quelque temps après, un examen attentif permet de déceler dans l'épaisseur les parties molles une petite tumeur, dure, indolore, un véritable varicoèle.

Les malades ainsi opérées, revues ou suivies, n'ont jamais présenté de récidive.

Des résultats analogues ont été obtenus avec l'acide picrique.

Sur 28 cas de bartholinite observés à Saint Lazare, tous ont été guéris radicalement, sans récidive, après une ou deux injections de chlorure de zinc; dans quelques cas invétérés trois ou quatre injections ont été nécessaires.

(Journal de médecine et de chirurgie prat.)

PEDIATRIE

Entérites et infections intestinales.

Par M. le Dr. R. ROMME,

Préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

(Suite)

Un travail important de M. Escherich est consacré à la question des entérites à streptocoques.

M. Escherich s'est préoccupé tout d'abord de trouver une méthode de coloration qui lui permit de distinguer, par l'examen microscopique des selles, les bactéries normales de l'intestin de celles qui surviennent à l'état pathologique. A cet effet, il a eu recours à la méthode de Weigert pour la coloration de la fibrine, et qui donne des résultats plus concluants que la simple méthode de Gram.

Or, en se servant de la méthode de Weigert, M. Escherich a pu réunir 15 cas dans lesquels les selles séro-muqueuses, sanguinolentes ou même purulentes, renfermaient des coli-bacilles rouges, et à côté de ceux-ci, constituant la plus grande partie des autres bactéries contenues dans ces selles, des microcoques présentant la coloration bleu violet caractéristique.

Au point de vue morphologique, Escherich pense qu'il s'agit d'un streptocoque particulier, qu'il nomme entéro-streptocoque, se rapprochant du pneumocoque et du méningocoque intra-cellulaire.

Au point de vue clinique, les 15 cas observés par Escherich et dont les selles renfermaient des streptocoques, sont divisés par lui en 2 groupes, suivant que la symptomatologie révèle un processus strictement local ou s'accompagne de phénomènes généraux relevant soit d'une intoxication, soit d'une infection, quand il y a, par conséquent, pénétration des streptocoques dans le sang et les viscères. De cette façon l'entérite à streptocoques se présente cliniquement sous trois formes distinctes. Dans la première, la plus légère, dans laquelle il n'existe que des symptômes d'irritation locale de l'intestin, le tableau clinique est celui du catarrhe dyspeptique de l'intestin. Nous n'avons pas à y insister.

Dans la seconde forme, dans laquelle, à côté des symptômes généraux relevant d'une intoxication, le tableau clinique rappelle celui du choléra infantile avec réaction fébrile intense.

Malgré la gravité des symptômes, les malades de ces deux catégories guérissent ordinairement sous l'influence d'un traitement approprié.

La troisième forme, caractérisée par le passage des streptocoques dans le sang et les viscères, s'observe presque exclusivement chez les nourrissons débiles ou affaiblis par des maladies antérieures, mal nourris, le plus souvent anciens dyspeptiques dont le poids est au-dessous de la normale et la force de réaction minime. Aussi chez eux le début de l'affection n'est plus marqué par une fièvre élevée ou par des convulsions, mais tout simplement par une diarrhée séreuse.

A l'examen on trouve une pâleur des téguments, les fontanelles affaissées, les yeux caves. La respiration est libre, mais profonde, le pouls petit et fréquent. Le ventre est aplati et la paroi abdominale frôlée. Les selles très nombreuses, mais peu copieuses, et accompagnées de douleurs, se composent principalement de masses jaunes verdâtres ou grisâtres, indiquant ainsi la propagation du processus au gros intestin: elles sont fréquemment striées de sang renfermant du pus, mais ne contiennent pas de sucres.

Ce qui frappe chez ces enfants, c'est leur affaiblissement général, leur apathie. Jamais on n'observe, à cette période, de convulsions. La température est quelquefois sub-fébrile, et si la fièvre s'allume, elle ressort d'une complication (broncho-pneumonie, otite, cystite purulente) provoquée par l'immigration des streptocoques dans un organe. C'est ainsi que de très bonne heure on trouve des streptocoques dans l'urine: dans le sang aussi on trouve parfois des streptocoques.

Ces cas, surtout ceux dans lesquels on trouve des streptocoques dans le sang et l'urine, se terminent par la mort. L'enfant s'affaiblit de plus en plus, tombe dans un état comateux et meurt, bien que vers la fin les symptômes locaux (vomissements, diarrhée) se soient presque complètement arrêtés. Les symptômes qui permettent de prédire la mort prochaine et apparaissent en dernier lieu sont: les vomissements séro-sanguinolents, la disparition du réflexe cornéen et des réflexes tendineux. Dans quelques cas on observe aussi un état spasmodique avec raideur de la nuque et contractures toniques des membres.

A l'autopsie on trouve les lésions suivantes: l'estomac est vide et contracté et sa muqueuse présente par places une injection intense, aboutissant dans quelques endroits à de véritables hémorragies. La même injection avec des hémorragies se retrouve au niveau de la muqueuse de l'intestin grêle dont les plaques de Peyer semblent hypertrophiées et présentent parfois des pertes de substance tout à fait superficielles.

Sous le microscope, on trouve par places une desquamation de l'épithélium de l'intestin grêle, une dégénérescence muqueuse partielle des cellules glandulaires, une infiltration de petites cellules au niveau du tissu interglandulaire, une infiltration moins intense de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse dont les vaisseaux sont dilatés. La couche musculaire n'est pas modifiée, mais ses parties les plus superficielles présentent des portions nécrosées ou en train de se nécroser. L'appareil lymphatique et, plus particulièrement, les plaques de Peyer offrent tous les signes d'une réaction inflammatoire intense se manifestant par une prolifération des cellules et des pertes de substance superficielles. Les mêmes lésions se retrouvent dans le gros intestin.

Au niveau de ces pertes de substance et autour des glandes, on trouve de nombreux streptocoques qui, par places, pénètrent jusque dans la sous-muqueuse. On les trouve encore dans les reins, le foie, le myocarde qui présentent les signes de dégénérescence graisseuse, et dans les poumons, où il existe presque toujours des foyers de broncho-pneumonie.

D'où viennent ces streptocoques? Autrement dit quelle est l'étiologie de ces entérites à streptocoques?

Comme ces streptocoques ont été trouvés presque exclusivement chez les nourrissons artificiellement nourris, il était naturel de les chercher dans le lait.

En effet, l'examen bactériologique du résidu du lait de vache centrifugé a constamment donné des résultats positifs, même dans les cas où le lait avait été traité avec des précautions particulières. Souvent l'injection sous-cutanée d'un tel lait tuait les souris qui succombaient avec tous les signes de septicémie et dans le sang desquelles on retrouvait les streptocoques en question.

La seconde source de l'infection streptococcique serait, d'après Escherich, la bouche même des nourrissons. On sait que de nombreuses recherches ont montré la présence fréquente des streptocoques dans la bouche des nourrissons, et, en l'absence de recherches spéciales sur ce point, Escherich pense que le streptocoque de l'entérite doit s'y trouver aussi. De cette façon, des streptocoques pénétreraient dans l'intestin du nourrisson de deux façons: 1° avec le lait qui le renferme; 2° avec la salive que le nourrisson avale à chaque instant.

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

Les névralgies et leur traitement.

M. le Dr. MAURIEE BASTIÉ vient de publier une étude très pratique des névralgies et de leur traitement par l'opium et ses alcaloïdes.

On n'ignore pas que Sydenham attribuait une si grande importance à ce remède, qu'il disait que, sans lui, il lui aurait été impossible de faire de la médecine.

Aujourd'hui, les médecins l'emploient peut être un peu moins ; la découverte d'un bon nombre de sédatifs du système nerveux, le bromure de potassium, le chloral, le chloroforme, l'antipyrine, l'acétylène, l'hyosciamine, l'a fait parfois rejeter, à tort, sur le second plan, dans un certain nombre de maladies où il régnait d'une manière incontestée.

Mais il ne reste pas moins une sorte de panacée, et le remède souverain, dans la dysenterie, dans le typhus, dans la cérébrospinalite, dans le choléra, dans le tétanos, dans l'angine de poitrine, dans les névralgies, dans les rhumatismes, enfin dans tous les spasmes qui menacent directement la vie.

Aucun autre remède ne peut lui être comparé.

Dans les névralgies, surtout, il doit être préféré à tous les autres calmants du système nerveux, dont l'action est bien moins efficace, et bien moins durable.

Lorsque la névralgie est simple, exempte de complication, ce qui est le cas le plus ordinaire, on se trouve bien d'associer le chlorhydrate de morphine à la jusquiame et à la valériane, d'après la formule suivante :

Extrait de jusquiame, 12 centigrammes ;
Extrait de valériane, 20 centigrammes ;
Chlorhydrate de morphine, 1 centigramme ;
Poudre de réglisse, q. s. pour une pilule.
Faites ainsi 20 pilules.

Les pilules ci-dessus offrent quelque analogie avec celles de Méglin ; mais elles en diffèrent par les proportions, et par la présence de la morphine, qui remplace l'oxyde de zinc. Elles sont beaucoup plus efficaces, et leur action, d'après de nombreuses expériences, est beaucoup plus prompte et plus sûre que celle de toutes les autres pilules. On en prend une le soir en se couchant et une autre le matin en s'éveillant ; si la douleur est extrêmement vive, on peut en prendre une troisième vers le milieu de la nuit. Ce chiffre 3, dans les vingt-quatre heures, ne doit pas être dépassé ordinairement.

Il est important de ne les prendre que loin des repas et lorsque la digestion est complètement terminée. Après la première pilule ou la seconde, la douleur se calme immédiatement.

Lorsque la névralgie est simple, dépourvue de complications, cette médication suffit. Dès les premières heures, on est débarrassé de la maladie ; on peut continuer une pilule le matin et une le soir, pendant huit ou dix jours, pour donner à la morphine le temps de modifier la constitution nerveuse et de prévenir la récurrence.

Une recommandation qu'il est important de faire, c'est de ne pas garder la diète, si vives que soient les souffrances, et de manger comme à l'ordinaire.

Quand la névralgie se montre rebelle à cette médication, cela peut tenir à trois causes : l'intermittence ou périodicité de nature paludéenne, la congestion sanguine locale, et l'anémie.

Dans la première, il faut couper court à l'accès, en donnant le sulfate de quinine : 1 gr. 50 centigr. ou 2 grammes en deux fois, dans l'intervalle de l'accès, et en faisant prendre ensuite le remède spécifique.

Quelquefois, c'est une congestion sanguine locale, qui affecte le nerf malade, entrave la guérison, et rend nulle l'action des pilules

antinévralgiques ; dans ce cas une application de sangsues, *loco dotenti*, dégage la partie souffrante, et la morphine ne trouvant plus d'obstacle, enlève du coup la maladie. Depuis quelques années, on néglige beaucoup trop les émissions sanguines. Même dans les émissions inflammatoires, dans la pneumonie, dans la pleurésie, on remplace la saignée et les sangsues par le vésicatoire, et cela dans beaucoup de cas, au grand détriment du malade. Autrefois, on abusait des émissions sanguines ; aujourd'hui, on abuse des toniques et des cantharides. Les névralgies compliquent parfois la chlorose et l'anémie ; dans ce cas, il faut avoir recours en même temps aux ferrugineux. Les pilules de protoxalate de fer sont incontestablement la meilleure préparation : deux le matin et deux le soir, en se mettant à table.

(Concours médical.)

Maladies nerveuses

De l'hémianesthésie dite capsulaire et de l'hémianesthésie par lésion corticale.

Par M. DÉJÉRINE.

Dans la précédente leçon, nous avons étudié l'hémianesthésie d'origine organique par lésion encéphalique, et nous avons étudié également le sens stéréognostique dont les deux facteurs, comme je vous l'ai dit, sont la sensibilité tactile et la sensibilité musculaire.

J'arrive à l'étude de la localisation de cette hémianesthésie dans l'hémisphère cérébral. Pour faire cette étude, il est nécessaire que je résume l'état de nos connaissances anatomiques sur le trajet des fibres sensitives. Contrairement à ce qui se passe pour la motilité, la sensibilité n'arrive pas directement de la périphérie au centre, il y a plusieurs étapes, les conducteurs nerveux sont interrompus sur leur trajet avant que l'impression n'arrive à la corticalité. Vous savez que les nerfs sensitifs ne sont que la continuation des racines postérieures et vous savez d'où viennent exactement les fibres des racines postérieures : chacune de ces fibres provient d'une cellule de ganglion rachidien ; celle-ci émet un prolongement cylindro-axillaire qui se divise en deux branches dont l'une va aux centres, à la moëlle, en formant avec d'autres fibres analogues les racines postérieures, l'autre va à la périphérie. La portion centrale des racines postérieures se rend dans les cordons postérieurs de la moëlle, ceux-ci sont composés presque uniquement par ces fibres des racines postérieures.

Une fois dans la moëlle, ces fibres émettent des collatérales, de plus, chacune émet une branche descendante courte qui émet des collatérales sur son trajet, et une branche descendante longue qui émet également des collatérales sur son trajet ; un seul tube nerveux est donc en rapport avec une longue portion de la moëlle (pinière) ; l'étude des dégénérescences secondaires nous l'avait d'ailleurs déjà appris. Quand aux collatérales, les unes se dirigent directement dans la corne antérieure formant les collatérales réflexes, d'autres se terminent dans la colonne de Clarke, d'autres dans la corne postérieure, enfin une petite quantité se rend dans le côté opposé par la commissure postérieure.

Nous savions que les cordons postérieurs conduisent la sensibilité tactile, Schiff l'a démontré depuis longtemps sur les animaux, nous savions aussi que les sensibilités thermique et douloureuse ne passent pas par ces cordons ; ces sensibilités, apportées par les fibres des racines postérieures, passent dans la substance grise de la moëlle ; cette opinion est aujourd'hui battue en brèche d'une façon plutôt théorique. M. Van Gehuchten s'est rallié récemment à l'hypothèse que ces sensibilités ne passent pas par la substance grise central, mais par un vaisseau spécial superficiel qui se trouve à la

par la partie antérieure du cordon latéral et qui tire son origine des cornes postérieures de la moëlle ; c'est le faisceau de Gowers ; ce faisceau dégénère de bas en haut et il établit une communication entre la moëlle et le cervelet ; Van Gshuchten et Briessand admettent que ces sensibilités thermique et douloureuse sont conduites à l'encéphale par ce faisceau. Il m'est impossible de partager cette opinion, et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord la dégénérescence du faisceau de Gowers, ou faisceau antéro-latéral ascendant, se voit dans toutes les lésions dites myélites transverses, dans toutes les compressions médullaires ; or, dans beaucoup de ces cas, il n'y a pas de troubles de la sensibilité bien appréciables. En second lieu, où va le faisceau de Gowers ? Dans le cervelet ; or, jamais on n'a constaté dans les régions cérébelleuses, aussi intenses soient-elles, des troubles de la sensibilité.

Comment maintenant se comportent ces faisceaux de la moëlle épinière à mesure qu'on s'élève vers le bulbe ? Il se fait un épuisement progressif des fibres des racines postérieures dans la substance grise de la moëlle, cette substance grise est le point d'aboutissement des terminaisons arboriformes des fibres des racines postérieures, et c'est pourquoi, sur une moëlle cervicale, il ne faut pas croire que les cordons postérieurs contiennent toutes les fibres sensitives, ils en contiennent une partie seulement, le reste est dans la région grise péri-épendymaire. A l'extrémité supérieure de la moëlle, les cordons postérieurs se terminent par des arborisations dans des noyaux spéciaux qui s'appellent noyaux de Goll et de Burdaek et dans la région péri-épendymaire : voilà le premier neurone, le neurone médullo-bulbaire.

De là les fibres sensitives ne vont pas encore directement à l'écorce cérébrale, la voie sensitive comprend encore deux neurones : Un neurone inférieur ou bulbo-thalamique représenté par le ruban de Reil interne qui met en relation le bulbe et la couche optique, et un neurone supérieur ou thalamo-cortical reliant la couche optique à l'écorce.

(à suivre)

Dermatologie

Sycosis de la moustache et de la lèvre supérieure. Son origine nasale.

Par le Dr. DIDSBUY.

Depuis longtemps, les auteurs qui ont parlé du sycosis (ou mentagre) de la lèvre supérieure, l'ont divisé en parasitaire et simple. Nous ne parlerons pas ici du sycosis parasitaire ; son histoire n'a rien de commun avec l'affection qui nous occupe, sa localisation, sa marche, son traitement, étant absolument différent de celui dont nous voulons parler. L'irritation provoquée par l'écoulement nasal sur la lèvre supérieure est une donnée classique dans l'étiologie du sycosis. Bazin rappelle l'action des mucosités nasales, surtout chez les arthritiques : à propos du sycosis simple, il dit textuellement : " Cette variété de sycosis provoqué disparaît généralement avec la cause qui l'a fait naître. " (Article Mentagre du Dictionnaire Dechambre.)

De même, Hardy signale le sycosis chez les priseurs, sous l'influence du tabac, et également chez les sujets atteints de coryza " par le séjour du mucus nasal sur la peau (Dictionnaire Jaccoud. art. Sycosis).

Une thèse de ces dernières années (Marchand, 1892, Paris) s'occupe des rapports du sycosis ou eczéma récidivant de la lèvre supérieure, suivant l'expression de Besnier, avec les modifications pathologiques de la muqueuse nasale (polypes, rhinites, suppuration des sinus de la face).

Nous n'avons pas l'intention de donner une bibliographie étendue sur le sujet ; nous voulons attirer l'attention sur ce qu'on trouve en fait de lésions dans le nez des malades ainsi affectés.

Pour produire le sycosis, il faut donc un écoulement nasal chez un sujet prédisposé. Dans une série de cas, il existe en même temps que l'écoulement de l'obstruction nasale manifeste soit qu'il s'agisse d'énormes déviations de la cloison, d'hypertrophies considérables du cornet inférieur, de tumeurs, etc. Dans ces cas, la lésion nasale occupe l'attention avec une telle netteté que les lésions sycosiques passent au second plan et que l'on porte les efforts de la thérapeutique sur l'obstruction nasale, cause de l'écoulement et du sycosis. Ce n'est pas de ces cas dont nous voulons parler, mais bien de ceux dans lesquels il a peu ou même absolument pas d'obstruction nasale, de telle façon que le malade n'attire jamais de lui-même l'attention sur son nez et ne mentionne même pas qu'il a un certain degré d'écoulement. Ces cas sont, d'après les faits que nous avons observés, beaucoup plus fréquents que les précédents. Dans un assez grand nombre d'observations personnelles, nous avons noté le sycosis chez des sujets présentant une excellente respiration nasale coïncidant avec un nez ne présentant aucune malformation, mais se plaignant seulement d'être forcés de s'éponger fréquemment une narine, siège d'un écoulement " clair comme de l'eau " disent les malades. Dans un certain nombre de cas, il est vrai, ces écoulements de liquide clair, qui méritent le nom de rhinorrhée, sont manifestes, tenaces, durant de longues années et ne s'accompagnent pas de sycosis. Il y a là des faits à élucider, car la nature de ces écoulements est encore discutée, les uns les voyant sérieux et purement sérieux avec Lermoyez et les autres, avec Moure (de Bordeaux) nettement muqueux. Quoiqu'il en soit, ces écoulements paraissent dépendre de troubles de l'innervation vaso-motrice des fosses nasales. Lermoyez, en donnant à l'intérieur la strychnine et l'atropine associées, fit disparaître certains rhinorrhées. Or, nos cas de sycosis nous paraissent se rapprocher de ces faits, soit que le liquide nasal ait des propriétés irritantes spéciales, soit qu'il agisse sur des tempéraments prédisposés, ceux d'individus robustes, colorés, d'un tempérament sanguin, suivant les expressions de Bazin, soit qu'enfin, à ces deux ordres de causes, viennent s'en adjoindre une troisième ; les irritations mécaniques professionnelles, celles-ci pouvant se diviser en deux classes : a) les professions où le sujet est exposé à un feu ardent ; b) les professions à poussières.

(à suivre)

FORMULAIRE

POUDRE POUR LE PANSEMENT DES PLAIES. — Schwartz.

Poudre d'iodoforme.....	} à 10 parties.
— salol.....	
Sous-nitrate de bismuth.....	
Poudre de charbon.....	
— quinquina.....	
— benjoin.....	

(Gaz. hebdomadaire.)

NOUVELLE.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de notre ami, Monsieur le docteur Alméida Valois, de Valoisville, province de Québec.

Nos condoléances à la famille.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Les maladies infectieuses : tuberculose (suite).....	153
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : L'ulcération des piliers du voile du palais dans la fièvre typhoïde, par le Dr. Schaefer.....	151
CHIRURGIE : Traitement par l'électrolyse des rétrécissements de l'urètre, par M. H. Bordier, de Lyon, rapporteur (suite).....	155
GYNÉCOLOGIE : Traitement de la blennorrhagie vaginale chronique par des tampons à la glycérine ichtyolée.....	155
PÉDIATRIE : Entérites et infections intestinales, par M. le Dr. R. Romme, préparateur à la faculté de médecine de Paris (suite).....	156
THÉRAPEUTIQUE : Valeur thérapeutique de l'extrait splénique, par A. Campbell Clark.....	157
MALADIES NERVEUSES : De l'hémianesthésie dite capsulaire et de l'hémianesthésie par lésion corticale, par M. Déjérine (suite).....	151
REVUE PROFESSIONNELLE	158
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC	
Séance du 26 octobre 1899, tenue à l'asile d'aliénés Sait-Jean de Dieu, Longue-Pointe.....	159
FORMULAIRE	162
NOUVELLE	152

Travaux Originaux

Les maladies infectieuses

TUBERCULOSE

Suite (1)

BACTÉRIOLOGIE : — Le bacille de la tuberculose, comme nous l'avons déjà dit, est un bâtonnet droit, long de trois ou quatre millièmes de millimètre, et d'un volume uniforme.

Vu au microscope, il présente souvent dans sa longueur des renflements ovoïdes qu'on a prétendu à tort être des spores, car celles-ci ne se voient que dans les produits de culture.

Le bacille de Koch est un critérium de tuberculose ; il se trouve en amas considérables dans les cellules géantes des tubercules, dans les crachats des phtisiques, dans les selles de quelques tuberculeux, dans l'urine de personnes affectées de tuberculose rénale ou vésicale, dans les sécrétions des plaies vaginales, linguales, buccales, et nasales, de nature tuberculeuse, même, quoique rarement, dans le sang.

Il agit par sa présence et par sa toxine, substance particulière qu'il secrète et qui parcourt toute l'économie, en s'introduisant ainsi dans la circulation générale.

Cette toxine se retrouve même après la mort des bacilles, et comme dit Straus (2) " les cadavres des bacilles tuberculeux peuvent non seulement provoquer des tubercules, mais possèdent de plus un pouvoir cachectisant dû à une toxine contenue dans le corps même des bacilles. "

De cette toxine, élaborée par le bacille, est née la tuberculine. Si l'on ensemence des bacilles tuberculeux dans du bouillon ordinaire, additionné de 4 % de glycérine, et qu'on laisse pulluler cette culture pendant quarante jours, à une température de 37° centi-

grades, on obtiendra dans le bouillon les toxines de ces microorganismes.

Maintenant si nous portons cette culture à l'ébullition, c'est-à-dire à une température de 100°, les bacilles meurent, et si, après cela, nous faisons passer ce bouillon à travers un filtre qui retiendra les cadavres de ces microbes, nous aurons obtenu une solution de toxines. Portons ce bouillon au bain-marie pour qu'il diminue, jusqu'à 1/10 de son volume antérieur, et nous aurons fait de la tuberculine.

La *Presse médicale* (3) faisait aussi l'appréciation d'une étude approfondie de MM. E. A. de Schweinitz et Marion Dorset, sur quelques produits du bacille tuberculeux : " Plusieurs auteurs, en particulier Maffucci, Prudden et Hodinpyl, Wissman et d'autres, sont parvenus, par l'injection intra-veineuse de bacilles morts, à provoquer la production de nodules tuberculeux sans nécrose. Il semble donc que les bacilles de Koch contiennent ou secrètent une substance spéciale à laquelle on pourrait attribuer cette nécrose de coagulation, qui semble nécessaire pour que l'injection tuberculeuse puisse progresser. De Schweinitz et Dorset ont essayé d'isoler cette substance dans les cultures, et ils ont fini par obtenir un corps défini, cristallin, soluble, dont la formule chimique, C 7, H 10, O 4, coïncide avec celle d'un acide incomplet de la série grasse, l'acide téraconique, le produit du bacille se trouve constamment dans le liquide de culture, et le corps même des bacilles n'en contient que des traces. Il paraît abaisser la température, et provoque des frissons et de la dyspnée chez le cobaye sain ou tuberculeux. Injecté directement dans le foie du cobaye sain, il y produit des foyers de nécrose. Après filtration des cultures, les auteurs ont lavé les bacilles à l'eau forte, puis en ont fait un extrait aqueux à chaud : cet extrait contenait un albuminoïde qui donnait plusieurs fois successivement la réaction de la tuberculine au cochon d'Inde et au veau tuberculeux. Or, on sait que la première tuberculine de Koch cessait de produire la réaction au bout d'une ou de deux injections. C'est qu'elle contenait le principe nécrosant, hypothermisant, décrit plus haut. L'albuminoïde extrait des corps bacillaires serait, au contraire, un principe hyperthermisant. Ces deux principes, qui paraissent fort actifs, ont été extraits de cultures atténuées. "

C'est surtout lorsque des microorganismes secondaires, microcoques et spirilles, viennent s'adjoindre au bacille tuberculeux, et en augmentent ainsi la virulence, que les toxines de ces associations microbiennes causent de plus grands ravages et conduisent plus rapidement aux portes du tombeau ; c'est en raison de ces diverses toxines qui cachectisent si profondément le tuberculeux qu'on a appelé la fièvre hectique, la *fièvre de résorption*, c'est-à-dire " résorption de produits microbiens fabriqués au niveau des lésions broncho-pulmonaires. "

Lorsqu'il pénètre dans un terrain prédisposé, le bacille tuberculeux entre immédiatement en lutte avec le phagocyte, chargé de la défense de notre organisme. Si le globule blanc n'a pas assez de vitalité pour l'absorber et par suite le détruire, c'est le microbe envahisseur qui s'en emparera à son profit ; se fixant alors dans nos tissus, il y causera bientôt une irritation locale et favorisera la dia-

(1) Voir les nos. 12, 14, 16.
(2) La tuberculose et son bacille.

(3) No. 4, 1898.

pédèse, ou la sortie en grand nombre des leucocytes de leurs vaisseaux.

“ Les amas de bacilles, dit Cornil, pénètrent et se multiplient d'abord sans causer de lésions manifestes. Ils entrent dans les cellules fixes des tissus et par leur présence ils déterminent dans les cellules où ils se sont logés et dans les cellules voisines, une irritation nutritive et formative qui se traduit par des figures de karyokinèse et par la multiplication des cellules fixes, cellules de tissu conjonctif, cellules endothéliales des vaisseaux, cellules épithéliales. En outre de ces lésions, les vaisseaux entraînent les bacilles qui s'arrêtent dans les capillaires avant de se répandre autour d'eux. Lorsque les parois vasculaires sont altérées de cette façon, elles laissent sortir par diapédèse des globules blancs, qui pénètrent les nodules en voie de formation et les envahissent en grand nombre. ”

Suivant Metchnikoff, cette prolifération de phagocytes se transformant “ en cellules épithéloïdes et en cellules géantes ” constitue le tubercule.

Les lésions tuberculeuses existent sous deux formes principales, l'une, la granulation tuberculeuse, ou tubercule proprement dit, renfermant des granulations moindres ou follicules tuberculeux, et l'autre, l'infiltration tuberculeuse, qui est, comme dit Dieulafoy, la forme diffuse de la tuberculose. Ces deux modes se rencontrent ensemble, et aboutissent aux mêmes résultats. Le follicule tuberculeux est composé d'une cellule dite géante, placée au centre, et entourée d'autres cellules dites épithéloïdes ; la période caséuse commence au centre du follicule pour s'étendre à la périphérie.

Le tubercule n'est pas spécifique de la tuberculose, car la syphilis présente des tubercules de même nature, et, comme dit Debove, “ le tubercule ne peut pas être défini par ses caractères microscopiques, pas plus qu'il ne peut l'être par la forme ou par la disposition de ses éléments ; ce qui est spécifique, ce n'est ni sa forme ni sa structure, c'est l'agent dont la présence a déterminé la lésion. ”

Ces lésions tuberculeuses, granulation et infiltration, peuvent se rencontrer dans tous les endroits de l'organisme humain, cerveau, larynx, pharynx, poumons, foie, estomac, reins, vessie, etc. Ces tuberculoses locales n'entraînent pas nécessairement, comme l'enseignait Louis, la tuberculose pulmonaire ; l'expérience de chaque jour le prouve surabondamment.

L'état caséux du tubercule n'arrive jamais sous l'action seule du bacille de Koch, car ce microorganisme crée la tuberculose, mais non la phtisie, c'est-à-dire la fonte des tubercules. C'est l'association du bacille tuberculeux avec d'autres agents pathogènes, tels que les streptocoques, les straphylocoques, les pneumocoques, les zooglées, etc., qui rendra le tubercule caséiforme.

Sous l'influence de cette association microbienne, l'organisme marche rapidement vers la faillite, vers la ruine complète, et tant qu'une antitoxine puissante et véritablement efficace n'attaquera pas les effets désastreux de la toxine de ces microbes associés, la guérison ne peut être obtenue. Cependant, à l'autopsie de vieillards morts d'une toute autre maladie que la tuberculose, on a trouvé des poumons présentant des tubercules, de caséux qu'ils avaient dû être à l'origine, devenus complètement calcifiés ou fibreux.

(à suivre)

Revue des journaux

MÉDECINE

L'ulcération des piliers du voile du palais dans la fièvre typhoïde.

Par le Dr. SCHAEFER.

L'exulcération des piliers du voile du palais dans la fièvre typhoïde est tellement typique, qu'on pourrait se dispenser de faire un chapitre spécial de diagnostic. Pourtant elle a donné lieu à quelques erreurs qu'il faut rappeler.

M. Duguet a comparé l'ulcération typhique du voile à un aphte immense, et les premiers auteurs qui ont signalé, d'ailleurs très vaguement, les ulcérations qu'on peut observer au niveau de la gorge pendant la fièvre typhoïde leur donnent le nom “ d'aphtes ”. C'est sans doute à cause de la bénignité de l'exulcération qu'ils ont parlé d'aphtes. Car les aphtes vrais sont faciles à reconnaître. Ils débutent par des vésicules grisâtres, opalines, qui se rompent bientôt et sont remplacées par des ulcérations petites, circulaires, cupuliformes, au fond desquelles se trouve “ une sorte de pseudo-membrane grisâtre ou jaunâtre, véritable exsudat pelliculaire ” (Damaschino). On ne reconnaîtra pas là ni les caractères, ni la marche de l'exulcération typhique. De plus, les aphtes se localisent rarement exclusivement au niveau de l'isthme du gosier ; on les trouve surtout sur la face interne des lèvres, dans les sillons gingivoblabiaux, sur la pointe, les bords, ou au niveau du frein de la langue, derrière l'arcade dentaire supérieure et sur la voûte palatine. Ils s'accompagnent d'une sputation abondante, qui contraste avec la sécheresse de la bouche et de la diminution de la salivation des typhiques. Ils sont en outre très douloureux et gênent la mastication.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de la question insistent sur la possibilité de confondre l'exulcération typhique avec une ulcération tuberculeuse, surtout s'il s'y joint des signes de bronchite tendant à se localiser aux sommets. Pourtant l'ulcération tuberculeuse a des caractères qui permettront de la distinguer, même avec des symptômes généraux plus ou moins analogues, de l'exulcération typhique. Elle a une forme irrégulière, ses bords sont souvent décollés, on aperçoit dans la zone environnante des granulations blanc jaunâtre qui forment relief.

Les plaques muqueuses ont, en général, une teinte blanche opaline, porcelanique (Fournier) ; quand elles sont exulcérées, elles sont toujours moins profondes que les exulcérations typhiques et se recouvrent d'une pseudo-membrane fibrineuse. Elles siègent rarement exclusivement sur les piliers et sont précédées d'un accident primitif et de la roséole.

Le chancre buccal est le plus souvent papuleux ; il repose sur une base indurée. L'adénopathie qui l'accompagne est considérable et précoce.

L'herpès est caractérisé par des vésicules fugaces, remplacées bientôt par des points blancs faciles à détacher, laissant à leur place une érosion très petite, à cicatrisation rapide.

La stomatite et l'angine ulcéro-membraneuses sont caractérisées par des ulcérations fongueuses saignant facilement, entourées d'une muqueuse boursoufflée, tuméfiée ; la salivation est abondante ; leur siège n'est pas celui de l'exulcération typhique.

C'est pour mémoire seulement, et parce que d'autres l'ont fait avant nous, que nous parlerons des ulcérations provoquées par l'hydrargyrisme, ou des exulcérations de la gorge dues aux préparations antimoniales, au tartre stibié, ou encore à l'acide salicylique et à l'acide phénique.

Aucune de ces lésions n'est en réalité susceptible de donner le change, car le diagnostic de l'exulcération des piliers du voile du palais sera toujours facile, à cause même de ces caractères, de sa localisation spéciale, de sa forme régulière, ovalaire ou arrondie, de sa superficialité, de l'absence de fausses membranes et d'engorgement ganglionnaire.

Peut-elle être utilisée pour établir le diagnostic de la fièvre typhoïde? Souvent les symptômes de la fièvre continue sont assez nets pour que l'ulcération du voile n'ait aucune importance à ce point de vue. Mais quand la plupart des symptômes ordinaires sont absents, on peut se baser sur son existence pour poser un diagnostic précis.

C'est ainsi que M. Shaefer rapporte l'observation d'un jeune homme atteint de fièvre typhoïde dont il guérit, et qui 2 mois après son entrée en convalescence revient à l'hôpital avec des signes qui font penser à une récurrence possible mais sans pouvoir l'affirmer. La présence d'une exulcération typhique sur l'un des piliers du voile permet d'éliminer la tuberculose, qu'on était en droit de suspecter, et d'affirmer le diagnostic de récurrence de fièvre typhoïde à forme abortive, bientôt confirmé par la séro-réaction. La première observation de M. Duguet est un exemple analogue. Chez un malade soupçonné de phthisie aiguë et à la seule vue de l'exulcération, M. Duguet fit sans hésiter le diagnostic de dothiéntérie.

Donc l'exulcération des piliers peut servir à affirmer un diagnostic précis de dothiéntérie.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Traitement par l'électrolyse des rétrécissements de l'urètre.

Par M. H. BORDIER (de Lyon), rapporteur.

(Association française pour l'avancement des sciences.)

(Suite)

Un autre avantage de cette méthode, c'est qu'il ne se produit jamais d'hémorragies, ni de phlegmons de la verge, et qu'enfin l'opération n'empêche pas le malade de vaquer à ses affaires après l'électrolyse.

Quel intervalle faut-il laisser entre deux séances consécutives? D'après notre expérience et aussi d'après des recherches histologiques que nous allons bientôt rapporter, il est utile de laisser s'écouler un mois entre chaque séance électrolytique. On constatera ainsi que le numéro de la bougie que peut admettre un rétrécissement donné va constamment en croissant, ce qui s'explique par le travail de régression qui suit chaque application électrolytique.

Afin de nous rendre compte des modifications produites dans ces tissus par l'application du courant électrique, voyons les résultats fournis par les autopsies de malades ayant subi le traitement électrolytique. Ces observations, il faut le reconnaître, sont rares.

Seuls Parry et Newmann ont observé que, la plupart du temps, on ne retrouvait pas trace, même légère, des anciens rétrécissements, tout le canal étant recouvert d'une muqueuse normale.

Nous arrivons maintenant aux expériences anatomo-pathologiques tentées sur des animaux.

Nous avons entrepris, avec la collaboration de notre collègue M. Paviot, agrégé, des recherches expérimentales avec examen histologique sur les effets tertiaires de l'électrolyse appliquée dans l'urètre du chien.

Quoique ces recherches ne soient encore qu'ébauchées, le résultat d'une première expérience montre que le tissu cicatriciel n'était pas formé quarante jours après l'électrolyse et qu'il n'y avait même

aucune tendance à sa formation. Evidemment, il faudrait attendre beaucoup plus longtemps pour pouvoir étudier ce qui se passe là où l'électrolyse a porté, c'est ce que nous proposons de faire bientôt.

Traitement électrolytique des rétrécissements de l'urètre chez la femme. — On s'est peu occupé du traitement des rétrécissements urétraux de la femme. Cela tient évidemment à la dilatabilité du canal qui fait que les rétrécissements produits à la suite d'une inflammation gonococcique passent souvent inaperçus.

Il peut cependant se présenter des cas où ces rétrécissements demandent un traitement, et, là encore, l'électrolyse est tout indiquée.

La brièveté du canal de l'urètre de la femme et la commodité de son cathétérisme rendent bien plus facile que chez l'homme le traitement électrolytique; il est donc inutile que nous entrions dans de plus longs détails.

Conclusions. — Ce qui domine l'intérêt du traitement électrolytique, c'est l'étude que nous avons faite des effets tertiaires de l'électrolyse et il est intéressant de rapprocher les considérations que nous avons développées au début de ce rapport des conclusions histologiques auxquelles nous sommes arrivés par l'examen des tissus lésés par l'électrolyse. Les effets tertiaires de l'électrolyse apparaissent nettement; la partie des tissus vivants en contact avec l'électrode active subit une escharification très nette: ce point est bien établi, macroscopiquement et microscopiquement. La partie mortifiée sera d'autant plus épaisse que le courant sera plus intense, à durée égale, ou que le temps d'application sera plus long, à intensité égale. Voilà un premier fait acquis.

Mais ce qui nous intéresse bien davantage, c'est ce qui se passe plus profondément, dans les couches sous-jacentes à cette première partie escharifiée. Ces couches de tissus, placées excentriquement, subissent, elles aussi, nous avons insisté sur ce point, une action moins violente, moins brutale et qui est due aux ions Na qui se répartissent dans l'intimité des tissus. La soude caustique est, pour ainsi dire, diluée, et cela d'autant plus que la couche considérée est située plus loin de l'électrode négative. Il y a donc, tout autour de la partie escharifiée et qui constitue une perte de substance, production d'effets tertiaires du plus haut intérêt pour nous; ces effets tertiaires ont une marche très lente et ce sont eux qui empêchent la formation du tissu cicatriciel immédiatement au-dessous de la partie qui a subi l'action brutale, cautérisante du courant, comme cela a lieu dans le cas des cautérisations actuelles ou potentielles, faites par application directe du cautère sur les tissus.

On comprend combien ce point a d'importance. C'est grâce aux effets tertiaires qui se manifestent au-dessous des couches escharifiées, que l'on peut facilement expliquer les résultats durables du traitement des rétrécissements par l'électrolyse circulaire et l'absence de récurrence si souvent constatée au contraire avec les autres procédés.

On voit que les déductions fournies par les expériences de physiologie et d'anatomie pathologique sont exactement confirmées par la clinique.

(La France méd.)

GYNECOLOGIE

Traitement de la blennorrhagie vaginale chronique par des tampons à la glycérine iochtyolee.

Dans les cas de vaginite blennorrhagique chronique qui résistent souvent à l'application des médicaments les plus énergiques, parce que les gonocoques enfouis dans les profondeurs de la muqueuse épaissie ne sont pas atteints par le liquide bactéricide, M. le

docteur O. Bodenstein (de Berlin) a recours avec succès à l'introduction dans le vagin de tampons imbibés de glycérine à l'ichtyol.

Ces tampons, qui sont couramment employés dans le traitement de la périmérite chronique, amènent en quelques jours une desquamation énergique de l'épithélium vaginal, desquamation qui est une complication gênante dans les cas de périmérite, mais qui, lorsqu'il s'agit de vaginite blennorrhagique, constitue une condition favorable pour le traitement local.

Notre confrère pratique le tamponnement vaginal avec une série de petites boulettes de coton imprégnées de glycérine à 10% qu'il glisse une à une, au moyen du spéculum, dans les culs-de-sac du vagin de façon à bien dilater la voûte vaginale.

Cette dilatation, ainsi que la sécrétion séreuse provoquée par la glycérine, ont pour conséquence d'attirer les gonocoques à la surface de la muqueuse ; puis, au bout de quelques jours, cette membrane se trouve dépouillée de son épithélium pavimenteux ; elle prend alors une coloration rouge pourpre, ses papilles deviennent apparentes et on voit de petites hémorragies en nappe se produire par places. L'écoulement sanguin une fois arrêté, soit par une légère compression avec de la ouate, soit à l'aide d'un tampon iodé-formé sec, on touche les parois du vagin avec une solution de nitrure d'argent ou une solution d'argentamine dont le titre varie de 2 à 20%, et l'on obtient ainsi une guérison rapide de la blennorrhagie.

M. Bodenstein a eu l'occasion d'employer ce mode de traitement chez plus de cinquante malades, sans avoir jamais observé le moindre accident. Le moment opportun pour l'appliquer est la période qui précède ou qui suit immédiatement les règles, alors que la sécrétion vaginale est à son maximum.

(Le Médecin).

PEDIATRIE

Entérites et infections intestinales.

Par M. le Dr. R. ROMME,

Préparateur à la faculté de médecine de Paris.

(Suite)

Reste la question de savoir pourquoi l'entérite à streptocoques n'est pas plus fréquente, étant donné que le micro-organisme pathogène existe dans presque tous les laits et dans la bouche de presque tous les nourrissons ? Pour expliquer cette contradiction, Escherich fait intervenir les conditions de résistance et les propriétés bactéricides de l'organisme, qui ne se manifestent pas au même degré dans tous les cas et sont très faibles chez les tout jeunes nourrissons. Il est donc possible que, dans les conditions normales, les streptocoques qui pénètrent dans le tube digestif soient détruits avant d'avoir agi sur la muqueuse de l'intestin. Par contre, chez les nourrissons habituellement dyspeptiques ou présentant, d'une façon occasionnelle, des troubles digestifs, la défense de l'organisme est en défaut, et les streptocoques trouvant dans l'intestin un excellent milieu de culture, s'y multiplient et agissent sur l'organisme soit par leurs toxines, soit en pénétrant dans le sang après avoir franchi la barrière opposée par l'intestin.

Il faut dire cependant que le streptocoque isolé par Escherich est peu virulent. En effet, les expériences faites sur des souris, sur de jeunes chiens et de jeunes chats, ont montré que si, en injections sous cutanées, ce streptocoque provoque des symptômes morbides sans toutefois pénétrer dans le sang, il est sans action quand, mélangé avec des aliments, il est introduit dans le tube digestif par la

voie buccale. Il en est de même quand on l'injecte dans le rectum : il survient bien une inflammation du gros intestin, mais le streptocoque ne passe pas dans le sang et ne se retrouve pas dans les viscères.

Dans ces conditions on peut se demander jusqu'à quel point on est autorisé à incriminer, en tant qu'agent spécifique de l'entérite, un micro-organisme qui se trouve constamment dans le lait de vache, existe très souvent dans la cavité buccale des nourrissons et n'est presque pas virulent ? Escherich n'hésite pourtant pas à soutenir la spécificité de son streptocoque en faisant valoir les raisons suivantes :

Les streptocoques apparaissent et se substituent en quelque sorte aux bactéries qu'on trouve habituellement dans les selles presque dès le début de l'entérite, et à mesure que les symptômes de l'entérite tendent à disparaître, on voit les streptocoques diminuer dans les selles, puis disparaître complètement pour faire place à la flore microbienne normale de l'intestin.

En second lieu, les selles dans lesquelles on trouve des streptocoques témoignent d'une inflammation vive de l'intestin. Elles contiennent notamment du mucus et des sécrétions sereuses, et c'est justement dans le liquide muco-séreux, et non pas dans les parcelles fécales proprement dites, qu'on trouve les streptocoques. Il y a encore ce fait qu'à l'autopsie les streptocoques existent surtout dans le mucus adhérent aux parois de l'intestin et dans la muqueuse même au niveau des foyers d'inflammation et d'infiltration.

Enfin la présence du streptocoque dans le sang et l'urine pendant la vie de ces malades et, après la mort, dans la plupart de leurs viscères, qui, dans ces cas, présentent les lésions classiques des toxi-infections, constitue aussi un argument en faveur de l'action spécifique du streptocoque en question.

En faveur de cette action spécifique il est peut-être possible d'invoquer les récentes recherches très remarquables de MM. Marfan et Bernard relatives à la bactériologie de l'intestin. Il résulte notamment de ces recherches que la muqueuse intestinale d'un animal sain, examinée aussitôt après la mort, ne renferme pas de microbes ; ceux-ci très abondants dans le contenu intestinal, ne franchissent pas l'épithélium de la surface ; ils ne pénètrent pas dans la lumière des glandes ; il est même rare de les voir à leur embouchure, et quand cela se voit, c'est toujours dans le gros intestin. Plusieurs heures après la mort, voire 24 heures après, alors que la muqueuse est profondément altérée par la cadavérisation, on ne constate pas non plus de microbes dans la paroi intestinale ; on n'en trouve que dans la lumière des glandes de Lieberkühn ; encore le fait est-il très rare et ne s'observe que dans le gros intestin. Il en résulte que la constatation des microbes dans le tissu même de la paroi intestinale implique l'existence d'un état pathologique. Or nous avons vu que tel était précisément le cas du streptocoque d'Escherich.

Nous retrouvons le streptocoque dans le remarquable travail de M. Nobécourt, qui a étudié au point de vue bactériologique le rôle qui peut revenir, dans la pathogénie des entérites, aux divers microbes qui forment la flore bactérienne de l'intestin. On sait que dans la plupart des cas, à côté des coli-bacilles, se trouvent d'autres espèces microbiennes en plus ou moins grand nombre. Le fait, fréquent pour les infections aiguës, est pour ainsi dire la règle dans les infections subaiguës et chroniques. Etant donnée cette constatation, on pouvait se demander si les associations microbiennes ne jouaient pas ici un certain rôle.

Mais suivant Nobécourt, pour établir l'existence d'une association microbienne, il ne faut pas se borner à constater la présence de plusieurs espèces de bactéries dans les matières fécales. Une flore microbienne variée n'est pas spéciale aux états pathologiques :

la même variété peut s'observer pour des selles normales. Il importe de distinguer la simple coexistence des microbes d'avec leur association ; dans le premier cas, ils végètent côte à côte, s'influençant plus ou moins réciproquement, mais sans dommage pour l'organisme qui les porte ; dans le second, leur alliance est effective et leurs efforts s'unissent pour créer la maladie. Il faut donc tout d'abord rechercher si les espèces que l'on trouve sont plus nuisibles associées qu'isolément et puis, ce point une fois établi, déterminer dans quelles conditions est créée une association pathogène pour l'organisme.

Parmi les espèces microbiennes qu'on note le plus souvent dans l'intestin à côté des coli-bacilles, se placent au premier rang les streptocoques ; leur présence est presque constante, aussi bien dans les infections aiguës que dans les infections chroniques. On est donc autorisé à admettre que l'association strepto-coli-bacille joue un rôle important dans la pathogénie des infections gastro-intestinales, ou tout au moins de certaines formes de ces infections. M. Hutinel, comme nous l'avons dit, est de cet avis en ce qui concerne les cas d'entéro-colite aiguë avec accidents graves (choléra sec). Mais ces streptocoques ainsi que les coli-bacilles font partie également de la flore normale de l'intestin : M. Nobécourt les a trouvés 7 fois sur 8.

Il s'agissait donc de voir si l'association de ces coli-bacilles et de ces streptocoques isolés des selles jouissait de propriétés pathogènes. En inoculant sous la peau de cobayes un mélange de culture de ces deux microbes, M. Nobécourt a constaté que ce mélange déterminait la mort de l'animal à des doses où ces micro-organismes restent sans effet séparément. Cette association n'est d'ailleurs pas toujours active ; il y a des cas où les expériences restent négatives. Mais le point intéressant à noter, c'est la manière dont meurent les cobayes. Si l'on examine l'œdème sous-cutané à plusieurs reprises, on constate la disparition progressive des streptocoques et la prédominance des coli-bacilles, bien que ceux-ci aient toujours été inoculés à des doses moindres que les premiers. Avec le sang du cœur, à l'autopsie, on n'obtient le plus souvent que des cultures pures de coli-bacilles ; rarement il y a, de plus, quelques streptocoques.

Le streptocoque, en somme, n'a exercé qu'une action locale passagère ; il a permis aux coli-bacilles de pulluler et de devenir assez nombreux pour réaliser l'infection, en attirant à lui toute l'activité de la défense organique. L'animal est mort de coli-bacillose et non pas d'infection mixte. C'est là un fait de symbiose microbienne analogues à ceux qu'ont signalés Vaillard, Rouget, Vincent pour le tétanos, et Besson pour le vibrion septique.

L'expérimentation montre donc que l'association des coli-bacilles et des streptocoques des selles possède une activité pathogène particulière. Il semble légitime, par suite, d'admettre qu'elle joue un rôle dans la pathogénie des infections gastro-intestinales des enfants. Il importe d'essayer de préciser ce rôle.

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

Valeur thérapeutique de l'extrait splénique.

Par A. CAMPBELL CLARK (*Edinburgh Med. Jour.*)

Partant de ce fait que les autopsies d'aliénés pratiquées au Lanark County Asylum lui avaient révélé souvent une insuffisance de développement de la rate, le Dr. Clark institua dans cet établissement une série de recherches sur la valeur thérapeutique de l'ex-

trait splénique. Un certain nombre de malades avaient déjà été soumis au traitement thyroïdien, mais sans succès au point de vue de leur état mental. Ils étaient atteints d'affections d'un pronostic peu favorable, dans lesquelles dominait la dépression physique et mental. Après un an de traitement, le résultat put être considéré comme négatif dans la plupart des cas ; dans quelques-uns, une légère amélioration fut obtenue et dans deux cas seulement le traitement amena la guérison. Les essais portèrent également sur une autre série de cas, d'un pronostic plus favorable. C'étaient des affections mentales récentes, dans lesquelles le trouble cérébral paraissait dû surtout à l'épuisement physique du malade. Les résultats furent plus rapides et positifs dans la plupart des cas, non seulement au point de vue physique, mais également au point de vue de l'état mental qui s'améliora chez un grand nombre des malades, et redevint absolument normal chez quelques-uns d'entre eux.

Pendant qu'il faisait ces essais, le Dr. Clark a soigneusement noté l'influence de l'extrait splénique sur le pouls, la composition du sang, etc.

Il est indiscutable que si l'extrait splénique produit des effets moins frappants que l'extrait thyroïdien, ils sont en revanche plus durables ; de plus, l'emploi de cet extrait est inoffensif. Les effets les plus remarquables sont ceux qu'il produit sur la peau : dans plusieurs cas de psoriasis et d'eczéma, l'administration d'extrait splénique fut suivie d'une amélioration rapide.

Mode de préparation. — On se sert de rate fraîche de jeune bœuf ; on la débarrasse autant que possible de sa capsule, puis on la coupe en morceaux et on la réduit en pulpe dans un vase. On ajoute à cette pulpe de la glycérine, qu'on laisse agir pendant deux jours en agitant de temps en temps le mélange. Celui-ci est ensuite passé à travers plusieurs doubles de fine mousseline. Les chimistes ont préparé depuis, des extraits fluides, des émulsions et des comprimés de pulpe splénique.

(*The Amer. Jour. Ins. — Bull. de med. ment. de Belgique.*)

Maladies nerveuses

De l'hémianesthésie dite capsulaire et de l'hémianesthésie par lésion corticale.

Par M. DÉJÉRINE.

(Suite)

Quelle est donc l'application pratique de ces données anatomiques ? Je vous ai dit que cette question de l'hémianesthésie organique était déjà ancienne, c'est Turck qui l'a décrite le premier, il a été un initiateur et, dans ses travaux si remarquables, il avait établi dans la capsule interne du cerveau deux régions bien différentes, — c'est là la base de ma leçon, — une région antérieure et une région postérieure se réunissant en formant un angle, ce qu'on a appelé le genou de la capsule interne. Toute la partie antérieure ne nous intéresse pas pour aujourd'hui. Turck avait montré que les lésions qui détruisent les deux tiers antérieurs, du segment postérieur de la capsule interne déterminent une hémiplegie sans trouble de la sensibilité, tandis que la destruction du tiers postérieur de ce segment ne connaît pas d'hémiplegie mais une hémianesthésie de la sensibilité générale avec participation des sens spéciaux. Pour Turck, en effet, il y a là un faisceau sensitif, continuation du faisceau du bulbe et de la moëlle, qui, après avoir passé dans cette capsule, se rend au lobe occipital. Ces idées furent adoptées en

France par Charcot, par Ballet. J'ai montré depuis bien des années que ce faisceau allait non au lobe occipital mais au lobe temporal, et de plus qu'il ne conduisait pas la sensibilité générale. Ce fait portait un gros coup à la théorie de Turck et de Charcot, car Charcot admettait qu'il existait dans le tiers postérieur du segment postérieur un carrefour sensitif où passaient les fibres destinées à conduire la sensibilité de la moitié opposée du corps et la sensibilité spéciale de la face, les fibres sensorielles, notamment le faisceau des radiations optiques. Pendant longtemps, on a considéré comme chose courante la participation de la sensibilité spéciale à l'hémianesthésie organique ; or, il faut reconnaître que les plus belles observations d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle ont été faites chez des hystériques ; en outre, on devrait observer, à la suite d'une lésion de ce carrefour, une hémianesthésie des sens spéciaux en même temps qu'une hémianesthésie de la sensibilité générale ; à moins que le sujet soit hystérique, on ne l'observe pas.

Quant aux fibres de la sensibilité générale, elles ne passent pas uniquement par le tiers postérieur du segment postérieur de la capsule interne ; pour qu'il y ait hémianesthésie organique, il faut que la couche optique soit touchée, c'est que ces fibres qui partent de la couche optique pour arriver à la corticalité (neurone thalamo-cortical) n'occupent pas seulement le tiers postérieur du segment postérieur de la capsule interne, mais elles passent à travers toute l'étendue de la capsule interne ; tout est intimement mélangé dans le segment postérieur de cette capsule : fibres motrices et fibres sensitives. L'hémianesthésie dite capsulaire ne se voit donc que si la couche optique est touchée ou que ses relations avec la corticalité soient touchées ; quant à la participation des sens spéciaux elle est nulle ou elle se présente avec des caractères particuliers : il peut y avoir affaiblissement de l'ouïe des deux côtés et c'est tout ; le champ visuel, le goût, l'odorat sont intacts.

Il y a encore une lésion corticale déterminant l'hémianesthésie organique. Où se trouve donc les sens sensitifs de l'écorce ? Pour les sensibilités tactile, douloureuse, thermique, pas de doute, leur représentation topographique est la même que la représentation motrice, c'est-à-dire que les centres de la sensibilité générale correspondent à ceux de la motilité, ils sont groupés dans la région rolandique. Y a-t-il pour le sens musculaire, pour le sens stéréognostique une localisation spéciale à la corticalité ? Certains auteurs ont admis une localisation spéciale pour le sens musculaire et stéréognostique : ce serait le lobe pariétal ; eh bien, les faits que j'ai observés ne sont pas favorables à cette thèse, il n'existe d'ailleurs pas d'observation démonstrative permettant d'attribuer à ces sens cette localisation. D'ailleurs, il n'y a pas de sens stéréognostique, celui-ci, je le répète, n'est qu'un ensemble de sensibilités : sensibilité tactile superficielle et sensibilité profonde, musculaire et auriculaire. Une question s'est posée encore : Est-ce que les sens sensitifs qui occupent tous la même région que les sens moteurs, occupent les mêmes couches de la corticalité ? Vous savez que l'écorce cérébrale est composée de cinq couches, et on s'est demandé si certaines ne sont pas prédisposées à la motilité et d'autres à la sensibilité, si par exemple la couche des grandes cellules pyramidales n'avait pas pour fonction exclusive la motilité, ou si les petites cellules pyramidales n'étaient pas des cellules sensitives ; on n'en sait rien en réalité, car on n'a pas eu de lésions attaquant une couche exclusivement ; on raisonne généralement sur de très grosses lésions intéressant toute l'écorce et même aussi une partie de la substance blanche. Tout ce que nous savons, c'est que la motilité et la sensibilité occupent toutes deux la même région dite motrice, la région rolandique.

(Indépendance médicale).

REVUE PROFESSIONNELLE

Monsieur le Rédacteur,

Le Dr. Nibor publiait dernièrement, dans votre journal, un chapitre rempli d'amabilités sur mon compte. Vous me permettez, j'espère, d'y donner quelques mots de réponse.

J'ai l'avantage de connaître le confrère, et je désire le présenter aux lecteurs de *La Revue médicale*.

Le Dr. Nibor, c'est le Dr. Desplin, et le Dr. Desplin c'est le Dr. Nibor.

Ce ne pas, d'ailleurs, les seuls pseudonymes dont se sert votre correspondant pour présenter sa prose au public et lui faire croire qu'il n'est pas seul dans sa manière de faire et de dire ; mais le public sait très bien qu'ils sont peu nombreux : ceux qui voient du courage à lancer l'injure en s'abritant sous le bouclier de l'anonymat.

Cependant, quelque nom que prenne le Dr. Nibor, il se reconnaît facilement. Son esprit est hanté par une idée fixe qui l'obsède sans cesse : l'intérêt de la Faculté de Médecine est son unique préoccupation, non pas qu'il veuille travailler à son avancement, il n'édifie jamais, son activité est toute négative.

Heureusement, que l'instinct destructeur dont il est doué, n'affecte que ses propres intérêts, et sa sphère d'influence néfaste ne dépasse pas le cercle de ses rares amis.

L'énergie généreuse qui se déploie actuellement, pour favoriser l'œuvre qu'il veut détruire, lui cause du dépit, et le projet de procurer à la Faculté de Médecine, un professeur français, n'est pas étranger à sa mauvaise humeur contre moi, aujourd'hui surtout, que cette entreprise est à la veille de réussir malgré l'opposition toujours impuissante qu'il lui a faite.

L'allusion que fait le Dr. Nibor au sujet de l'article de Mgr. Laflamme démontre encore la nature de son esprit.

Le Dr. Nibor sait parfaitement que je n'ai pris aucune initiative dans la convocation de l'assemblée générale des médecins qui a eu lieu l'hiver dernier ; il connaît sous quelles circonstances la question des qualifications requises pour l'admission à l'étude de la médecine a été ajoutée au programme de cette assemblée ; et de plus, il sait que je n'ai pas émis d'opinion sur la valeur d'aucun mode d'enseignement.

Je ne désire pas, par ces explications, me soustraire à la responsabilité que j'ai assumée dans cette circonstance, loin de là, je persiste à croire que le médecin a son mot à dire dans le degré de culture scientifique que doit posséder l'aspirant à l'étude de la médecine, et les médecins ont usé alors d'un droit indéniable en exprimant leur opinion sous leur responsabilité personnelle. Je veux seulement démontrer, qu'un honnête homme avait tout autre chose à faire que de choisir cette circonstance pour m'injurier ; et cela avec d'autant plus de raison, que la remarque que Mgr. a faite sur cette assemblée est tout aussi blessante pour le Dr. Nibor qui y assistait, que pour son président. Qu'on relise cet article dans la *Patrie* du 25 Octobre dernier.

Je noterai en passant que cette remarque de Monseigneur n'ajoute rien, au contraire, à son excellent plaidoyer en faveur du baccalauréat.

Enfin, le Dr. Nibor a du temps à perdre et a souvent l'humeur morose. S'il lui plaît, ou si c'est un besoin pour lui de se distraire au jeu malsain qui paraît le passionner, cela m'est indifférent. Pour moi, ayant tout autre chose à faire que de répondre aux attaques d'un aussi brave homme, je suis déterminé à ne plus m'en occuper sous quelque nom d'emprunt qu'il se présente.

L. J. V. CLÉROUX.

Société médico-psychologique de Québec

Séance du 26 octobre 1899, tenue à l'asile d'aliénés Saint-Jean de Dieu, Longue-Pointe.

PRÉSIDENCE DE M. BURGESS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE ET PRÉSENTATION D'UN OUVRAGE.

1° Des lettres de remerciements de MM. GUÉRIN et URQUHART, nommés membres honoraires.

2° Une lettre de l'hon. SECRÉTAIRE DE LA PROVINCE faisant part à la société de l'adoption par le gouvernement des certificats médicaux préparés par la société pour l'internement des aliénés.

M. VILLERS fait hommage à la société du travail suivant : *Le délire de jalousie*.

AVIS DE MOTION.

M. CHAGNON donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera qu'il soit formé un comité spécial, dont le but sera de préparer un projet de classification des maladies mentales et de tableaux statistiques uniformes pour les divers asiles de la province.

PROJET A L'ÉTUDE.

M. CHAGNON reprend la question de la formation d'une société composée des médecins des asiles de la Puissance du Canada, qui pourrait être affiliée à la société médico-psychologique d'Angleterre et d'Irlande. — M. VILLENEUVE suggère que le président et le secrétaire entrent en pourparlers avec les médecins des asiles du Canada, afin de voir si l'on ne pourrait arriver à une entente à ce sujet ; ce qui est agréé par la société.

COMMUNICATIONS.

Deux cas de manie éphémère, sans complication d'épilepsie, d'intempérance ou de parturition.

M. BURGESS. — Permettez-moi de vous signaler deux cas d'un genre de maladie mentale, que, rarement, j'ai rencontré dans ma pratique. En réalité, durant vingt-cinq ans de pratique des maladies mentales ce sont les seuls cas, réellement typiques que j'ai eu à soigner. Chose assez surprenante aussi, tous deux m'ont été présentés à la même époque, à quinze jours d'intervalle, dans l'été de 1897.

Je pourrais les classer parmi les cas de folie appelée par le Dr. Clouston, manie éphémère ou transitoire, et définie par lui : "une forme assez rare d'exaltation mentale, inattendue et soudaine, généralement d'une caractère aigu, accompagnée d'incohérence, d'inconscience partielle ou entière des choses familières, de manque de sommeil, et pouvant se prolonger d'une heure à quelques jours.

Des deux expressions dont se sert le Dr. Clouston, je préfère beaucoup celle de "manie éphémère" pourquoi ? Parce que l'expression "manie transitoire" est quelquefois dans l'usage qu'on en fait, synonyme de "fureur transitoire", et, aussi, mais plus rarement, "de fièvre délirante aiguë". Or la manie éphémère diffère de ces deux genres de maladie : elle n'est accompagnée, ni de la rage de destruction qui caractérise le premier, ni des symptômes de fièvre typhoïde, destructifs du second.

Les crises d'insanité temporaire qui accompagnent quelques formes de l'épilepsie, des accouchements et l'usage de l'alcool ne sont pas rares du tout. Aussi : les cas que je veux vous mettre sous les yeux ne proviennent nullement de ces causes, et c'est pour cela même qu'ils peuvent vous intéresser. Ce furent en pratique, des cas de manie aiguë ordinaire, distincte et spéciale seulement par la très

courte durée de l'attaque, fait qui dans certaines circonstances peut devenir d'une importance suprême au point de vue médico-légal.

Obs. I. — J. S., une femme mariée de 40 ans, fut admise à l'hôpital de Verdon, le 18 juillet 1897. On nous apprit qu'elle venait de Saint-Jean, Terre-Neuve, et se dirigeait sur Owen Sound, Ontario, pour y rejoindre son mari qui avait quitté Terre-Neuve quelques mois auparavant. Elle était parvenue jusqu'à Montréal le matin du jour où elle fut placée sous mes soins. En arrivant en ville, où il lui fallait attendre une correspondance de chemin de fer, elle s'informa au chef de gare où elle pourrait bien déjeuner, et ce dernier lui indiqua un restaurant convenable et voisin. Jusqu'à ce moment, autant que je l'ai pu savoir, son apparence, ses manières, ses paroles ne présentaient rien d'étrange. En entrant dans le restaurant, le maître de céans lui demanda si elle ne désirait pas ôter son chapeau et son châle pour manger. Ceci sembla l'effrayer, et quittant la place brusquement, elle se mit à errer sans but dans les rues pendant plusieurs heures. Vers 3 heures, elle atteignit Westmount, un des faubourgs de la ville, s'arrêta à une résidence privée, y demanda un verre d'eau, ainsi que la permission de s'asseoir et de se reposer. La dame de la maison lui donna à boire et à manger, et apprit son histoire que la visiteuse raconta d'une façon très lucide. Puis, sur sa demande elle indiqua à sa nouvelle amie une place de refuge, où elle pourrait demeurer jusqu'au départ du train. C'était le refuge Saint-George, et tout fut préparé pour qu'elle put s'y rendre. La matrone du refuge qui lui donna la bienvenue et s'occupa aussitôt de la mettre à l'aise, a certifié qu'elle semblait être très nerveuse et brusque, mais pas autrement malade. Vers six heures, soudainement, elle s'élança du sofa où elle était étendue, et avec un cri perçant sauta vers la fenêtre et chercha à s'y précipiter : elle en fut empêchée par la matrone, qui par bonheur était tout près. Puis, suivirent des signes évidents d'aliénation mentale, et la pauvre femme devient si bruyante et excitée que la police fut avertie. Conduite au poste de police dans un état délirant, au milieu de cris aigus et sans suite, on jugea nécessaire de lui mettre une camisole de force pour l'empêcher de se faire du mal. On me narra le fait par téléphone et elle fut amenée à l'hôpital vers minuit par trois hommes de police.

Elle me parut être une femme solide, assez forte en chair : son regard était égaré et sombre, et elle ne cessait d'articuler des paroles incohérentes qui ne me disaient absolument rien sur son état. Le pouls était normal ainsi que la température. On la mit au lit immédiatement, sous la garde de deux infirmières : mais, je ne lui administrai aucun sédatif, vu surtout qu'un des hommes de police m'avait dit que le médecin du poste lui avait fait prendre un narcotique quelconque avant son départ. Elle fut somnolente par intervalles durant la nuit : mais la plupart du temps, elle fut bruyante, remuant violemment sur son lit et cherchant à frapper et à égratigner les infirmières qui la gardaient. Le matin, on lui donna un bain chaud : cela la calma beaucoup sans cependant lui donner sommeil sur le moment. Elle ne prit qu'un peu de nourriture, elle parut avoir peur de boire le lait qu'on lui offrait, mais elle mangea un biscuit au soda. Petit à petit, son agitation la reprit, et au milieu d'un babil incohérent et continue, elle fit des efforts constants pour sortir du lit. Enfin, elle devint si excitée, et fit de si constants efforts pour se faire du mal, s'arrachant les cheveux, et cherchant à s'assommer sur le mur, que vers les trois heures P. M. je lui donnai une injection hypodermique de 1/75 de grain d'hydrobromate d'hyoscine. Elle s'endormit bientôt après, et son sommeil se prolongea jusqu'à neuf heures : elle se réveilla alors, bien plus tranquille, nerveuse encore cependant, ayant l'air craintif, et incapable d'aucune suite dans ses paroles. Cet état se prolongea toute la nuit jusqu'à l'arrivée de son mari à qui on avait télégraphié vers 8 hrs. A. M. Son arrivée l'enchantait et lui fit perdre beaucoup de sa frayeur ; son œil et ses manières s'apaisèrent ; elle

lui parla avec beaucoup de bon sens, mangea son déjeuner avec patit : et bientôt après, s'étant habillée, elle fit une promenade avec lui au dehors, dans les jardins.

Je causai longtemps avec elle, et ne pus découvrir le moindre signe de désordre mental : au contraire, elle me parut parfaitement raisonnable. La durée entière de son égarement mental, depuis le départ du restaurant avait été de moins de 48 heures. Elle me dit qu'elle ignorait la cause de son attaque, que c'était la première, que toutefois pour une raison qu'elle ignorait, elle s'était sentie effrayée des gens chez qui elle était allée déjeuner. Elle avait une vague souvenance de ce qu'elle avait fait depuis le moment de son départ du restaurant, et son arrivée au refuge St. Georges : mais elle ne se rappelait absolument rien de ce qui était arrivé depuis le moment de sa crise au refuge jusqu'au matin où elle pouvait se souvenir d'avoir vu les infirmières à son côté, et être restée toute étonnée du lieu où elle était. Elle partit pour sa demeure à Owen Sound, dans l'après midi du même jour, et jusqu'à un an plus tard, selon mon dernier rapport, elle n'avait pas eu de rechute.

L'interrogatoire serré que je fis subir au mari, ne me donne aucune preuve de condition épileptique chez sa femme, épilepsie cachée ou connue, ni aucun signe d'hérédité autre que le fait qu'une de ses tantes maternelles était morte aliénée. Ses mœurs étaient des plus régulières, et elle n'avait jamais montré aucune tendance à l'hystérie ou à d'autres désordres nerveux. Au contraire, elle avait toujours été regardée comme une personne d'une santé forte, et d'un jugement sain.

Quand à la cause, je ne puis que supposer que l'exaltation causée par un voyage dont elle n'a nullement l'habitude (elle n'avait jamais mis les pieds dans un train auparavant), jointe à la fatigue d'un si long voyage avaient été suffisantes pour déranger son équilibre mental.

Ob. II. — Cette fois je fus appelé en consultation par un confrère sur le cas d'une jeune fille, M. J., âgée de dix-neuf ans. Elle était sortie à pied dans la matinée, et en traversant la rue avait été près d'être écrasée par un tramway : elle ne fut nullement blessée cependant, continua sa promenade, fit quelques emplettes, et retourna à la maison, apparemment en aussi bonne santé qu'à son départ. Trois heures plus tard environ, pendant qu'elle causait avec une de ses sœurs, son langage devint tout à coup incohérent, elle se mit à marcher nerveusement dans l'appartement, joua du piano avec violence, mêlant les airs de la façon la plus étrange, et faisant entendre les expressions les plus vulgaires. Mise au lit, elle continua de parler et de se rouler, criant et chantant à tue-tête. En vain ses amies cherchèrent à l'apaiser : elle ne les reconnut point, et sa conversation continuelle était un mélange d'illusions sans lieu, ni sens.

Quand je la vis dans la soirée, six heures après le commencement de l'attaque, elle me parut être une fille solide et bien en chair, qui en santé, devait être plaisante et intelligente. Le pouls était accéléré, mais très peu, la température normale, et la langue nette. Elle semblait excitée et égarée : elle refusa nourriture et médecine. Très en mouvement elle cherchait à enlever sa chemise de nuit, se reulait sur le lit, cherchant sans cesse à se lever ; mais nullement portée à la violence. Elle bavarda continuellement, à voix forte, des choses sans suite, répétant dix fois et d'une façon incohérente ce qui se disait près d'elle. Parfois, à en juger par ses actions, elle avait de terribles hallucinations de l'ouïe et de la vue. Jusqu'à ce jour, sa santé avait été excellente ; elle aimait beaucoup les jeux et l'exercice au grand air. Jamais elle n'avait eu de pareille attaque, et ses amies, malgré l'interrogation la plus minutieuse, ne me dirent rien qui me permit de croire à des attaques épileptiques quelconque. Ses habitudes étaient régulières, et elle n'avait aucune tendance à l'hystérie, ou à aucune autre maladie nerveuse. Cependant, elle avait une forte prédisposition héréditaire à l'insanité, sa

grand-mère maternelle ayant eu deux attaques de mélancolie, pendant qu'une tante du côté maternel aussi avait été internée dans un asile pendant quelques années. On ne pouvait trouver aucune autre cause d'excitation, que la frayeur qu'elle avait eue.

Je conseillai de lui appliquer du froid sur la tête et de lui administrer une injection hypodermique de 1/100 de grain d'hydrobromate d'hyoscine, promettant d'envoyer les papiers nécessaires à son admission à l'asile le plus tôt possible.

C'est ce que je fis. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque vers le milieu du jour suivant je reçus un message téléphonique de mon confrère, disant qu'il espérait que ces papiers ne seraient d'aucune nécessité, vu que la patiente semblait complètement revenue à elle-même.

Après avoir reçu l'injection hypodermique, vers les 9 heures P. M. elle s'était tranquilisée, et avait dormi de dix heures à deux heures. Elle se réveilla alors, et bien qu'encore nerveuse et loquace, elle l'était moins qu'avant son sommeil. Elle reconnut ceux qui l'entouraient et s'étonna de la présence d'une étrangère, sa garde malade. Après avoir pris un bol de pain au lait elle se rendormait, et demeura dans cet état jusqu'à sept heures A. M. A son second réveil, il lui restait encore un peu de confusion dans l'esprit, et confusion dans la démarche : mais cet état s'améliora encore graduellement. et vers midi, comme je l'ai déjà dit, elle était tout à fait bien de nouveau et n'a pas eu de rechute depuis.

La durée totale de l'attaque en ce cas, fut seulement d'environ 22 heures, c'est-à-dire depuis 2 heures P. M. du premier jour, jusqu'à midi du jour suivant. Ici aussi, il y avait perte de mémoire de tout ce qui était arrivé depuis le moment de l'attaque, jusqu'à peu près celui de la guérison complète. Quant à la cause de l'attaque, elle ne peut être que le choc causé par une frayeur subite, sur une diathèse fortement neurotique.

(à suivre)

FORMULAIRE

DYSMÉNORRÉE. — *Menière.*

Antipyrine.....	28 grains.
Cocaïne.....	1½ grain.
Eau bouillante.....	2 drachmes.

Dose : 10 à 20 minimes par la voie hypodermique.

(*Kansas City Medical Record.*)

ELIXIR DE CASCARA.

Ecorce de cascara.....	60 gms.
Alcool 60°.....	120 —
Vin de Madère.....	500 —
Sirop.....	250 —
Eau pour.....	1000 c.c.

(*Bulletin de pharmacie.*)

NOUVELLES.

NOUVEAU JOURNAL MÉDICAL. — *La Revue critique de médecine et de chirurgie* publiée (à Paris) par les Drs. Doyen, Toupet, Maussan et Aragon.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort du Dr. Ennis, de la Grande-Rivière, Gaspé.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Les maladies infectieuses : tuberculose (suite).....	181
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Délire toxhémique des cardiaques, par Telgmann.....	163
CHIRURGIE : Traitement du glaucome chronique simple par la galvanisation du sympathique cervical, par M. F. Allard (Paris).....	163
GYNÉCOLOGIE : Colpotomie latérale, par Stratz.....	163
PÉDIATRIE : Entérites et infections intestinales, par M. le Dr. R. Romme, pré- parateur à la faculté de médecine de Paris (suite).....	164
REVUE PROFESSIONNELLE	
Réciprocité interprovinciale.....	164
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC	
Séance du 26 octobre 1899, tenue, à l'asile d'aliénés Sait-Jean de Dieu, Longue- Pointe.....	167
FORMULAIRE.....	168

Travaux Originaux

Les maladies infectieuses

TUBERCULOSE

Suite (1)

La forme bacillaire de l'agent spécifique de la tuberculose est-elle la seule forme sous laquelle il peut apparaître ? Depuis quel temps, la méthode expérimentale a amplement prouvé que la tuberculose zoogléique est identique à la tuberculose bacillaire, et comme elle, qu'elle peut exister chez l'homme et chez les animaux. La forme zoogléique ne serait qu'un stade dans l'évolution du bacille de Koch.

Pour mieux faire comprendre ce fait si important, nous nous empressons de reproduire *in extenso* l'intéressante observation de M. E. Jules Masselin, lauréat de la faculté de médecine de Paris (2) :

“ Le nombre relativement restreint des travaux scientifiques qui ont jusqu'ici contribué à l'histoire de la tuberculose zoogléique nous autorisait à penser que cette maladie, contrairement à la tuberculose bacillaire de Koch, se rencontre peu fréquemment chez l'homme et chez les animaux. Cependant en songeant à la provenance variée des cas de tuberculose zoogléique décrits par les auteurs, on serait plutôt porté à croire cette maladie plus répandue qu'elle ne nous le paraît tout d'abord.

“ Au sujet de l'espèce humaine, l'étude attentive et suivie des crachats tuberculeux permettrait probablement de rencontrer plus souvent la tuberculose zoogléique, à la condition toutefois que cette étude soit poursuivie aussi complètement que possible. Lorsqu'on a, par exemple, constaté dans une expectoration suspecte l'absence des bacilles de Koch, lorsque l'inoculation des crachats a déterminé sur le cobaye l'évolution des lésions tuberculiformes, il ne faudrait pas se contenter de diagnostiquer la tuberculose bacillaire à la sim-

ple constatation des lésions macroscopiques, il serait bon de s'assurer avant tout de la présence ou de l'absence possible des bacilles de Koch dans les coupes d'organes. Si sur ce dernier point la recherche microscopique restait négative, on devrait alors rechercher la zooglée de Malassez et Vignal, non seulement par le microscope dans les coupes, mais aussi par l'ensemencement des pulpes organiques dans les différents milieux de culture usités en pareil cas.

“ Cette manière de procéder nous a justement permis de découvrir le cas de tuberculose zoogléique humaine, qui fait l'objet de la présente note.

* * *

“ Le 14 novembre 1897, sur l'avis de M. Couvreur, nous recherchions les bacilles de Koch dans les crachats de M. D... Le résultat de notre examen microscopique extemporané resta négatif : les crachats furent donc inoculés à deux cobayes dans le tissu conjonctif sous-cutané du plat de la cuisse.

“ Le 2 décembre 1897, l'état du malade s'étant sensiblement aggravé, nous recevions à nouveau ses expectorations ; pensant à une infection secondaire possible, M. Couvreur nous invitait à y rechercher, plus particulièrement le *streptococcus pyogenes*. L'examen bactériologique direct de ces nouveaux crachats, les différentes cultures que nous en avons faites, nous ont permis de conclure à l'absence des streptocoques.

“ Quelques jours après, le malade succombait.

“ Le 4 décembre 1897, soit vingt jours après l'inoculation, nous sacrifions l'un des deux cobayes, inoculés le 14 novembre avec les premiers crachats que nous avions antérieurement examinés.

“ Les lésions trouvées à l'autopsie se résument ainsi : région inoculée envahie par un abcès volumineux, ouvert à l'extérieur, duquel s'échappe, par pression, du pus jaune-verdâtre presque caséux ; hypertrophie et fonte purulente des ganglions de l'aîne, voisin du point inoculé ; rate et foie hypertrophiés, farcis de tubercules, formant à la surface des organes une multitude de petits points blanchâtres ; trois grosses poches pyémiques, en forme de noix, envahissent l'épiploon ; les organes respiratoires ne présentent, tout au moins à l'œil nu, aucune lésion tuberculeuse.

“ Parmi les lésions que nous venons d'exposer, l'envahissement de l'épiploon, par de gros abcès, attira tout particulièrement notre attention : cette grave lésion pyémique diffère sensiblement, en effet, des désordres pathologiques classiques qui caractérisent, chez le cobaye, l'infection par les bacilles de Koch ; aussi, cette constatation nous déterminait-elle à pousser plus loin nos investigations.

“ Des coupes du foie et de la rate, préparées par la méthode d'Ehrlich, se montrèrent dépourvues de bacilles de Koch ; traitées au contraire par le bleu de Loeffler, par le bleu phéniqué de Kühne, nous y distinguons des amas microbiens rappelant l'aspect des zooglées de Malassez et Vignal.

“ D'autre part, le pus des abcès épiploïques, semé en bouillon-peptone donnait, déjà après vingt-quatre heures d'étuve, une culture remarquable par son aspect tout à fait spécial : des flocons blanchâtres formaient “ voile ” à la surface du bouillon ; d'autres restaient comme suspendus dans la masse liquide ; un tapetum

(1) Voir les nos. 12, 14, 16.

(2) Presse médicale, no. 23, 1896.

blanchâtre, en peu épais, s'étalait sur le fond du milieu de culture ; la masse du bouillon avait conservé une limpidité parfaite.

" Cette culture, si caractéristique par son aspect général, était composée de bâtonnets relativement courts, souvent ovoïdes, arrondis à leurs extrémités, réunis en masses zoogléiques ; immobilisés dans la zooglée même, les microbes entraînés et isolés dans le liquide étaient animés de mouvements.

" Bien colorés par les solutions de simple coloration, les germes, au contraire, se décolorent par l'emploi de la méthode du Gram-Kühne. Nous avons entretenu cette culture initiale en série ; toujours elle donna le même aspect, sur lequel nous ne saurions trop insister : peu d'espèces microbiennes, en effet, le donnent dans les bouillons ; aussi constitue-t-il pour la zooglée de Malassez et Vignal un caractère important au sujet de sa détermination.

" En gélatine, nous avons obtenu également de très belles cultures par piqûre, très caractéristiques, en forme de clou, sans liquéfaction.

" Les inoculations sur les animaux nous ont donné les résultats qui vont suivre ; pour plus de clarté, nous décrivons séparément l'histoire de chaque animal inoculé.

" *Cobaye n° 1.* — Le 10 décembre 1897, ce cobaye reçoit, dans le péritoine, 1 centimètre cube d'une culture en bouillon, âgée de six jours. Quatre jours après, il succombe.

" *Autopsie.* — Epanchement péritonéal, abondant, incolore ; exsudat pseudo-membraneux autour du foie et de la rate, atteints tous deux de tuberculose miliaire ; boudin épiploïque formé au niveau de la grande courbure de l'estomac ; poumons seulement congestionnés.

" Le foie et la rate semés en bouillon donnent des cultures identiques à celle que nous avons précédemment décrite. Les coupes de ces organes, colorées au bleu de Kühne, montrent dans les tubercules des amas zoogléiques, sous forme de taches irrégulières, assez fortement colorées, qui ressortent vivement sur le fond pâle des préparations.

" *Cobayes nos. 2 et 3.* — Ces animaux sont inoculés le 4 décembre 1897 avec le pus des abcès rencontrés dans l'épiploon du cobaye initial. L'inoculation est faite sous la peau de la cuisse.

" L'un des deux cobayes meurt douze jours après, et présente les lésions déjà décrites.

" L'autre succombe seulement vingt-six jours après l'inoculation. Il présente de très intéressantes lésions : le processus morbide a surtout envahi les organes annexes de l'appareil digestif. Le foie et la rate sont farcis, non plus de tubercules miliaires, mais d'une quantité considérable de petits nodules purulents, de grosseur variable, qui boursoufflent la surface externe des organes ; leur teinte blanche tranche nettement sur le ton rougeâtre du foie et de la rate. Ces lésions pyémiques sont accompagnées, en dehors de l'abcès formé au point inoculé, d'une péritonite séro-sanguinolente, d'un retrait de l'épiploon au niveau de la grande courbure de l'estomac, d'une hypertrophie avec fonte purulente des ganglions de l'aîne voisins du point inoculé.

" Les cultures de la rate, du foie, du pus ganglionnaire ont toutes donné des cultures pures du germe.

" *Cobayes nos. 4, 5, 6 et 7.* — Deux de ces cobayes ont été inoculés sous la peau avec une culture en bouillon provenant de la pulpe du foie du cobaye n° 3 ; les deux autres ont reçu le même virus dans le péritoine.

" Les quatre cobayes sont morts six à sept jours après l'inoculation, et présentaient à l'autopsie les lésions zoogléiques de la tuberculose zoogléique.

" *Cobayes nos. 8 et 9.* — Le 13 janvier 1898, ces deux animaux reçoivent, dans le péritoine, un demi-centimètre cube d'une culture en bouillon, âgée de neuf jours, constituant le sixième passage direct de bouillon en bouillon.

" Ces deux animaux sont morts quatre jours après l'inoculation, et ont présenté, à l'autopsie, les lésions normales déjà décrites.

" Cette expérience tend à démontrer que les zoogléées de Malassez et Vignal conservent bien leur virulence en bouillon, à la condition, toutefois, que les cultures successives soient peu espacées les unes des autres : un intervalle de six à dix jours est suffisant.

" Il est superflu d'ajouter que, sur tous les animaux morts, nous avons toujours retrouvé les amas zoogléiques dans les coupes du foie et de la rate de chacun d'eux."

Après cette importante communication du docteur Masselin, nous n'avons rien à ajouter ; attendons les développements qui surviendront nécessairement sur ce sujet si compliqué, car la science n'a pas encore dit son dernier mot sur la tuberculose zoogléique.

Pour finir cette partie de notre travail, nous ajouterons qu'il ne faut pas, dans la recherche du bacille de Koch, être trop absolu, et qu'on ne doit pas dire, lorsqu'une personne présente tous les signes extérieurs de la tuberculose et que les bacilles sont introuvables, que cette personne n'est pas tuberculeuse, car, au début, il arrive souvent que le bacille manque dans les expectorations, surtout dans les hémoptysies de la première période. On doit le rechercher de préférence dans ces crachats, couverts, striés de sang, que les malades crachent après les hémoptysies proprement dites.

Quand la personne atteinte de tuberculose parvient à la phtisie, l'examen bactériologique démontre que les bacilles de Koch, ainsi que les streptocoques, pneumocoques et staphylocoques, abondent.

Au début, en présence d'une hémoptysie, on doit toujours se souvenir de cet aphorisme d'une grande vérité : " toute hémoptysie qui n'est pas d'origine cardiaque, est tuberculeuse " (Grancher).

Chez l'adulte, on peut arriver par une auscultation très minutieuse, à poser un assez bon diagnostic de tuberculose, mais chez l'enfant, cette maladie ne présente d'autres localisations qu'une broncho-pneumonie (1), et ici l'examen bactériologique est absolument nécessaire. De plus, l'auscultation chez l'adulte n'est pas toujours efficace pour la bonne raison que dans la plupart des cas, elle n'est pas constante dans ses signes tandis que le seul fait de trouver le bacille dans les crachats ou autres suppurations indique d'une manière indubitable la tuberculose.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

Délire toxhémique des cardiaques.

Par TELGMANN.

L'auteur publie dans son travail 5 cas de délire toxhémique observés 3 fois chez des vieillards de 62 à 78 ans, 2 fois chez des individus âgés respectivement de 45 et 58 ans. L'affection cardiaque qui, chez ces malades, pouvait être attribuée 3 fois à l'artériosclérose, 1 fois au surmenage et 1 fois à une pleurésie grippale, se manifestait chez tous ces malades par un souffle systolique à la pointe.

Le délire lui-même, qui survenait brusquement, durait 8 à 24 heures, revenait quelquefois à des intervalles de plusieurs mois, et n'était pas accompagné d'une élévation de la température ; il avait tous les caractères de délire maniaque. Le malade criait, gesticulait violemment, ne reconnaissait plus les personnes de son entourage, se croyait dans un endroit étranger ; tous ses actes tendaient généralement à quitter l'endroit qu'il ne reconnaissait pas pour rentrer chez lui.

Trois de ces malades avaient dans l'urine une quantité minime d'albumine (0,1 p. 100) qui disparut, du reste, par le repos et la digitale. Chez 3 autres (dont un avait de l'albumine), la quantité d'urine était diminuée, mais elle devint normale sous l'influence de l'administration de la digitale.

Trois malades présentaient un œdème léger des membres inférieurs. Tous offraient un état général très satisfaisant, et, appartenant à la classe aisée, étaient entourés des soins nécessaires.

Quand à la pathogénie de ce délire, il est difficile de lui attribuer une origine certaine. Quelques auteurs ont incriminé l'urémie, mais, sur les 5 cas observés par M. Telgmann et résumés ci-dessus, 2 n'avaient pas d'albumine et 1 avait une diurèse tout à fait normale. Du reste, le tableau clinique de ce délire diffère essentiellement du délire urémique. Pour la même raison, il n'est guère possible d'attribuer ces résultats d'excitation à des processus emboliques. Enfin, pour ce qui est de l'intoxication par les produits de décomposition du liquide des œdèmes, invoquée par M. Eichhorst pour expliquer ce délire, l'auteur fait remarquer que sur les 5 cas qu'il a observés, les œdèmes ont fait défaut dans 3.

Le pronostic général est subordonné à l'état du cœur, mais le pronostic du délire lui-même est bénin. Comme traitement, on peut se contenter de mettre le malade au lit, et, si cela ne suffit pas pour calmer l'agitation, on aura recours aux injections de morphine. Le délire une fois passé, on soignera convenablement l'affection cardiaque.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Traitement du glaucome chronique simple par la galvanisation du sympathique cervical.

Par M. F. ALLARD, (Paris).

Allard préconise une méthode dont le principe consiste à utiliser l'action sédative du pôle positif d'un courant galvanique con-

tinu appliqué avec une forte intensité (15 à 20 ma) au niveau du trajet du sympathique cervical sur toute la longueur du cou.

A l'appui M. Allard rapporte dix observations de glaucome chronique simple. Ces malades ont été suivis par des oculistes qui ont pu enregistrer et le plus souvent mesurer les progrès réalisés au cours du traitement.

Dans deux cas, la vision étant irrémédiablement perdue, l'électrisation a parfaitement réussi à calmer, après quelques séances, les douleurs péri-orbitaires violentes et rebelles à toute autre médication.

Chez trois glaucomateux la vision a été très améliorée en moins de deux mois de traitement. Chez un autre, l'atrophie glaucomeuse, qui progressait très rapidement avant l'électrisation, s'est arrêtée dans sa marche.

Enfin deux malades, chez qui l'affection a été prise au début, peuvent être considérés comme guéris puisque leur acuité visuelle et leur champ visuel, sensiblement diminués, sont devenus normaux après 15 ou 20 séances.

Il résulte de ces faits que la galvanisation positive à forte intensité du sympathique cervical, telle que l'auteur la préconise, a une efficacité certaine sur le glaucome chronique simple.

L'action sédative du pôle positif diminuant l'excitabilité du sympathique produirait une action semblable, quoique atténuée, à celle de la section du nerf. L'effet se traduit par une diminution nette de la tension oculaire, une diminution notable des phénomènes douloureux qui peuvent disparaître, une amélioration de la vision variable suivant le degré d'atrophie glaucomeuse, et se mesurant par une augmentation de l'acuité visuelle et du champ visuel. La vision peut même redevenir normale si l'affection est prise au début.

Ces résultats sont d'autant plus importants qu'il s'agit du traitement d'une affection grave, puisqu'elle conduit le plus souvent à la cécité, et devant laquelle les oculistes sont à peu près désarmés.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Colpotomie latérale.

Par STRATZ.

Les études de Rosthorn sur le tissu cellulaire pelvien ont permis de préciser la topographie de cette région et la colpotomie latérale devient une opération méthodique. Les seuls organes à éviter sont les utérines et les uretères, et si possible on n'ouvrira pas le péritoine.

Les différents temps de l'opération consistent : 1° à déterminer le point de la pulsation de l'utérine, puis à placer un écarteur antérieur et un postérieur ; 2° mener une incision parallèlement à l'artère utérine et un peu en arrière d'elle, commençant en arrière et latéralement du col. Si on incise trop en arrière, on court le risque d'ouvrir le Douglas ; si on va trop en avant, on blesse l'uretère et l'utérine. On peut faire au point indiqué une incision de 5 à 8 centimètres, ouvrant le cul-de-sac latéral, et permettant d'entrer dans le ligament large avec une facilité étonnante. Il devient possible de décortiquer les tumeurs, et, avec des écarteurs bien placés, de voir tous les rapports de la tumeur, surtout si l'aide la repousse par la paroi abdominale vers le cul-de-sac.

L'auteur a employé cette méthode avec complète satisfaction

dans un cas de pyosalpinx ouvert dans le rectum, et dans un cas de fibrome compliqué de lésions appendiculaires.

Les avantages de la méthode sont :

1° Grande facilité d'orientation ; on voit l'uretère et l'utérine comme sur une préparation anatomique ;

2° Le péritoine se décolle très facilement sous le doigt sans se déchirer ;

3° Très légère perte de sang ;

4° Facilité d'accès : L'incision de cinq centimètres permet d'extraire un fibrome de 12 à 15 centimètres grâce à l'extensibilité de la paroi vaginale.

Pour faciliter les pansements, on fixe les bords de l'incision vaginale avec des fils pour abaisser autant que possible la cavité à panser ; d'ailleurs, après trois jours, la réunion de la plaie dans le ligament large s'était faite spontanément, et dans le cas de pyosalpinx la fistule s'oblitéra complètement après trois semaines.

(Centralblatt für Gynakologie — La Semaine gynécologique.)

PEDIATRIE

Entérites et infections intestinales.

Par M. le Dr. R. ROMME,

Préparateur à la faculté de médecine de Paris.

(Suite)

Puisque, dans ces expériences, on constate tantôt des associations actives, tantôt des associations inactives, M. Nobécourt s'est demandé s'il n'y a pas de rapport entre la constatation de l'une ou de l'autre et l'existence d'un état infectieux ou d'un état normal des voies digestives. S'il en est ainsi, la question serait simplifiée. Malheureusement il n'en est rien. On peut trouver des associations très virulentes avec des microbes isolés de selles normales, des associations inactives avec des microbes isolés de selles pathologiques ; il n'y a rien de fixe à cet égard. L'existence d'une association strepto-coli-bacillaire virulente pour le cobaye ne caractérise pas plus ces états infectieux que la présence d'un coli bacille virulent.

Peut-on trouver ce critérium dans les proportions de coli-bacilles décellées dans les selles par l'examen sur lames et par les ensemencements ?

Il y a des cas où les streptocoques prédominent d'une façon si notable dans les selles qu'ils y existent presque à l'état de culture pure, ayant remplacé les autres bactéries et même les coli-bacilles. Il s'agit alors d'infections streptococciques. Mais les cas où les streptocoques prédominent sont relativement rares. Le plus souvent, streptocoques et coli-bacilles coexistent en proportions variables. Il n'est pas juste de vouloir tout attribuer à l'un de ces microbes et, après avoir fait trop grande la part des coli-bacilles, de tomber dans le même excès pour les streptocoques. On peut penser à bon droit que souvent il s'agit d'association strepto-coli-bacillaire, dont l'expérimentation a montré la réalité.

En somme il faut, suivant M. Nobécourt, tenir grand compte de l'association strepto-coli-bacillaire dans la pathogénie des infections gastro-intestinales des jeunes enfants. Il ne faudrait cependant pas trop généraliser. Toutes les infections gastro-intestinales ne relèvent pas d'une association strepto-coli-bacillaire. Il est évident que dans les infections où l'on constate dans les selles seulement le coli-bacille à l'état de pureté, ou un très grand nombre de streptocoques, de protéus, de bacilles pyocyaniques, etc., c'est à ces

microbes qu'il faut attribuer le rôle essentiel. Néanmoins, beaucoup d'infections aiguës ou subaiguës, et peut-être surtout d'infections chroniques, relèvent d'une association strepto-coli-bacillaire ; avec M. Hutinel, M. Nobécourt estime que beaucoup de cas d'athrepsie, de cachexie liée à une infection gastro-intestinale chronique, doivent leur être attribués : toutefois, dans ces conditions, les associations sont peut-être souvent plus complexes.

A côté de l'association strepto-coli-bacillaire, il peut, en effet, en exister d'autres. On peut notamment trouver l'association du bactérium coli ou bacille pyocyanique. Les recherches de M. Nobécourt sur l'association du coli-bacille et du *Bacillus mesentericus* montrent que l'inoculation d'un mélange de ces deux germes au cobaye détermine une symbiose de même ordre que l'association strepto-coli bacillaire et qui prête aux mêmes considérations. Cependant, il ne semble pas qu'elle ait une importance générale, car il est relativement rare de retrouver ce bacille dans les selles. Par contre, d'autres expériences font croire à M. Nobécourt que l'association du coli-bacille et du proteus est aussi active. Si l'activité de l'association protéo-coli-bacillaire ou strepto-protéo-coli-bacillaire était démontrée, elle pourrait jouer un rôle important dans les infections gastro-intestinales chroniques, car, en pareil cas, ces trois germes coexistent souvent dans les selles.

Il nous reste à signaler le dernier travail en date, celui de M. Méry. M. Méry a notamment observé 3 cas d'entéro-colite grave, décrite par M. Hutinel, lesquels cas ont présenté cette particularité que pendant la crise d'entéro-colite, les malades avaient une constipation opiniâtre. Dans les deux cas qui se sont terminés par la guérison, les accidents multiples se sont atténués à partir du moment où l'on est parvenu à provoquer l'évacuation du gros intestin.

REVUE PROFESSIONNELLE

RECIPROCITE INTERPROVINCIALE.

Les promoteurs de la licence interprovinciale visent trois buts principaux : 1° Relever le niveau des études ; 2° Elargir le champ d'action ouvert à l'activité des médecins ; 3° Unifier les diverses déqualifications requises pour l'admission à la pratique.

I.

Pour relever le niveau des études il faut commencer par exiger des aspirants à la profession, une instruction classique sérieuse, des connaissances scientifiques et une formation intellectuelle qui leur permettent de suivre avec fruit les cours de médecine théorique et clinique. Dans cette province, il est pratiquement impossible d'étudier la médecine sans avoir fait un cours classique complet ; les diplômes de bacheliers et le programme d'immatriculation du Bureau embrassant toutes les branches enseignées dans nos collèges, sauf les *petites sciences* : astronomie, géologie et minéralogie.

Depuis plusieurs années, il se fait dans le corps médical, disons mieux, dans les classes instruites, un mouvement prononcé pour améliorer, si possible, l'enseignement classique. Le Bureau médical, à l'instigation du Dr. Cléroux, a nommé un comité chargé d'étudier cette question et suggérer les modifications requises, surtout pour ce qui regarde l'étude des sciences.

À Toronto, le président de l'Association médicale canadienne, le Dr. Cameron, déplorait, dans son discours, l'encombrement de la profession, le défaut de formation classique (scholarship), déclarait qu'il fallait en rendre l'accès plus difficile par un programme d'immatriculation plus étendu.

Enfin, lors de l'ouverture des cours de médecine du McGill, le Dr. Osler, un des éducateurs les plus compétents de l'Amérique, proclamait la nécessité d'un enseignement plus complet, dans nos collèges, de la botanique et de la chimie pour dépurifier d'autant le programme surchargé des études médicales proprement dites.

La réciprocité interprovinciale favorisera-t-elle cette poussée vers le progrès? Nous n'hésitons pas à dire: Non. Le programme pour l'immatriculation, adopté à Québec en 1898, facilitera, au contraire, l'entrée de la profession à tous les ratés et les fruits secs de nos maisons d'éducation, aux élèves qui en sortent aussi pauvres intellectuellement que lorsqu'ils en ont franchi le seuil pour la première fois.

Examinons ce programme.

Seront admis à l'enregistrement:

1° Les bacheliers.

2° Les porteurs d'un certificat provinciale de 1ère classe ou grade A, dans aucune des provinces, pour licences d'instituteurs.

3° Ceux qui auront passé un examen dirigé par les différents conseils des départements d'éducation de chaque province et auront 50% des points sur les matières suivantes:

Grammaire anglaise, arithmétique, algèbre, géométrie, latin, traduction et grammaire; mécanique élémentaire, chimie élémentaire, histoire canadienne et anglaise, avec questions sur la géographie moderne. Traduction et grammaire de deux des sujets suivants: Grec, français et allemand.

Voilà tout le bagage littéraire et scientifique requis des candidats. Songez que les départements d'éducation des diverses provinces devront faire subir cet examen, qui les intéressera plus ou moins, et vous resterez convaincus que nos futurs Esculape auraient tort de se casser la tête à étudier l'histoire universelle, l'histoire littéraire, la botanique, la philosophie intellectuelle et morale.

4° "Il est enfin recommandé que tout étudiant présentant un certificat après un examen devant les professeurs d'aucune université approuvée dans le Dominion et ayant complété ses cours à l'Université, soit accepté, dans aucune des provinces du Canada, à l'immatriculation et l'enregistrement."

Lisez attentivement cette dernière clause. Pour la Province de Québec elle signifie ceci: Dix-huit de nos collèges classiques étant affiliés à l'Université Laval forment partie de sa Faculté des Arts. Conséquemment les élèves qui auront obtenu leur simple inscription—soit le tiers des points—à l'examen du baccalauréat, auront droit à leur brevet, sans examen.

Nous vous le demandons, maintenant, si les bacheliers, les instituteurs et tous les élèves des collèges ont droit à leur brevet, sans examen, qui le Bureau pourra-t-il refuser? Quelques commis-épiciers, et encore? avec un peu d'intelligence et de mémoire ils pourront tenter, avec succès, l'épreuve requise par le paragraphe trois.

Est-ce vraiment là un moyen de relever le niveau des études? Poser la question, c'est la résoudre, sans plus de commentaires.

Le programme des études médicales adopté par l'Association Médicales ne diffère pas de celui de Québec.

Le seul changement apporté est l'addition au stage universitaire d'une cinquième année qui devra être consacrée exclusivement à suivre les cliniques dans les hôpitaux. Ontario a enfin réussi à imposer son système d'études. Au moins, en est-elle satisfaite? Prenez le "Medical Announcement," (1899-99), du C. M. & C. d'Ontario, contenant le rapport sténographique des délibérations de son Bureau; lisez pages 5 à 10 et vous vous convaincrez que les résultats de cette cinquième année ne sont pas brillants. Ainsi plusieurs membres du collège se plaignent qu'une bonne partie des élèves, faute de moyens, suivent très irrégulièrement les cliniques,

d'autres se contentent de fréquenter le bureau d'un médecin de leur voisinage, beaucoup s'amuse, quelques-uns, enfin, se lancent tout bonnement dans la pratique active, sans licence. Ces irréguliers sont même devenus une nuisance dont se plaint l'agent du collège dans son rapport.

Personnellement, nous sommes en faveur d'une cléricature de cinq ans, nombre des matières enseignées dans nos écoles étant trop considérable pour qu'un étudiant—même bien doué—puisse se les assimiler en trente-six mois. Cinq années d'études pour se rendre maître de la théorie, l'approfondir au laboratoire et l'appliquer au lit des malades ne sont pas de trop. Mais ici se pose une question de pédagogie médicale.

Avons-nous le matériel hospitalier suffisant, le nombre de cliniciens, précepteurs, etc., requis pour employer *tout le temps* des élèves de cinquième année? Les revenus fournis par ces derniers permettraient-ils de faire face à ce surcroît de dépenses? Puisque l'exemple d'Ontario tend à prouver que les élèves ne profitent pas de cette année de cliniques, ne vaudrait-il pas mieux faire une redistribution des différentes parties du programme, augmenter le nombre des cliniques, celui des travaux pratiques aux laboratoires et forcer l'étudiant à employer chaque minute de ces cinq années? Ce serait lui donner le temps d'exercer son jugement sur chaque cours, d'en dégager l'idée d'ensemble, tout en lui évitant le travail forcé, nécessité par l'approche des examens, ce gavage de la mémoire qui lance dans l'intelligence une confusion sur laquelle l'oubli étend bientôt son épais manteau. C'est certainement là une question digne de considération.

Alors, pourquoi nous lier par ce projet de loi à l'acceptation du système défectueux d'Ontario? Pourquoi ne pas accepter, purement et simplement le cours de cinq années, laissant aux Bureaux provinciaux la facilité d'adapter ce curriculum aux circonstances locales?

Notre Bureau, comptant au nombre des membres trois doyens de nos écoles de médecine, cinq de leurs professeurs les plus en vue—sans oublier M. le Dr. Vallée—un véritable expert en la matière, connaissant à fond, pour l'avoir étudié sur place le fonctionnement des grandes universités européennes, pourrait régler ce point pédagogique pour le plus grand-bien de l'étudiant et de l'enseignement médical.

II.

Le second but visé par la réciprocité est de permettre à tout porteur d'une licence fédérale d'exercer sa profession dans n'importe quelle partie du Dominion. C'est le principal argument employé par ses avocats et défenseurs les plus convaincus. La résolution, adoptée par l'Association Médicale exprimait cette idée dans les termes suivants:

"Considérant qu'un médecin ou un chirurgien enrégistré conformément à la loi dans une province ne peut pas pratiquer légalement dans une autre province sans être enrégistré de nouveau dans cette province;

"Considérant, que pour les causes précédentes, des inconvénients sérieux en résultent pour le public, les médecins et les chirurgiens, etc."

Cependant, après l'expression aussi claire d'un vœu formel, nous sommes surpris de lire dans le résumé du projet de loi:

"En outre de la licence fédérale, le médecin qui sera membre du C. M. & C. du Canada devra, pour pratiquer dans n'importe quelle province, prendre et payer la licence de cette province, qu'on lui donnera sans examen."

Voilà qui devient compliqué, dangereux et dispendieux.

Par exemple, un médecin de Montréal, licencié du Bureau

fédéral, est appelé à Toronto en consultation, ou à Halifax, pour une opération, s'il n'a pas de licence d'Ontario et celle de la Nouvelle-Ecosse, il sera mis à l'amende comme un vulgaire charlatan.

Un médecin de Hull ou d'Ottawa, de Campbelltown, N. B., ou de Restigouche, P. Q., pour pratiquer d'un côté et de l'autre de l'Ottawa ou de la rivière Restigouche devra être porteur de trois licences : la fédérale et deux provinciales.

Il faudra avoir des rentes pour se donner un tel luxe de parchemins !

Nous comprenons qu'on puisse exiger l'enregistrement de la licence fédérale dans la province où un médecin veut s'établir d'une manière permanente, mais exiger l'obtention d'une licence dans chaque province c'est détruire la fin vers laquelle on tend.

On nous dit : mais il faut bien protéger le revenu des Provinces !

Il est un moyen plus efficace de conserver aux bureaux locaux leurs revenus et, ce qui vaudrait mieux, leur complète autonomie. Comme dans le projet de 1898, exigez une licence provinciale de tout candidat à la licence fédérale ; et une fois ce diplôme obtenu, donnez-lui le droit de planter sa tente où il lui plaira, sans autre formalité que l'enregistrement de sa licence, et la faculté de traverser, occasionnellement, les frontières sœurs sans s'exposer aux vexations de la loi.

III.

“ Considérant que le degré d'instruction pour la profession de médecin et de chirurgien, et que le degré des qualifications exigées pour la pratique de cette profession, varient dans chacune des provinces du Canada, et que l'unification de ces divers degrés, et la création d'un degré uniforme dans tout le Dominion est désirable ; ”

Vous trouverez dans cette partie des résolutions adoptées à Toronto le troisième but de la Réciprocité.

Elle contient, cependant, l'énonciation d'un principe, la manifestation d'une tendance contre lesquels il importe de réagir vigoureusement.

L'idée d'unité ne comporte pas nécessairement l'idée de progrès ; vous trouverez plutôt dans l'émulation, née d'une pacifique et loyale concurrence, un gage d'avancement. Car une fois arrivés à l'unification des divers degrés d'instruction et à la création d'un degré uniforme dans tout le Dominion, quelle utilité auront les bureaux provinciaux ? Ne faudra-t-il pas les balayer et laisser subsister seul le grand bureau central ? Avec un programme d'études uniforme, des examens uniformes, on arrivera comme dans Ontario à l'adoption des manuels (text books) uniformes !

N'est-ce pas là le but véritable, rêvé dans une province sœur, par des gens qui vous regardent d'un peu haut pour leurs moyens ?

A raison de la position toute spéciale que nous occupons, nous médecins de cette province, dans le Dominion, serait-il prudent de nous lancer dans un tel mouvement sans bien sonder le terrain, sans nous prémunir contre les embûches ?

Si nous croyons aux écoles de médecine, si nous croyons qu'il y a une école française et une école allemande, une école anglaise et une école américaine, choisissons bien nos positions, comme on ne réforme pas ni la nature, ni le caractère, ni le tempérament intellectuel, n'allons pas nous exposer à être des déclassés dans notre domicile.

Parlant du rôle des races dans l'univers, M. Herbet dit à Laval : “ les autres nations cherchent à l'intérêt, c'est à dire le fait, nous cherchons l'idéal derrière l'idée. ” Appliquez cette mesure à Koch, Lister, Billroth ou Pasteur et dites où vont vos sympathies ?

Inutile d'insister sur ce point,

On nous fera, sans doute, des objections :

1° La province de Québec conservant le droit de renoncer à la réciprocité quand elle le voudra, qu'y a-t-il à craindre ?

Nous répondrons : le projet de réciprocité ayant pour but tout le bien de la profession en général, nous devons tenir à en bénéficier. De là l'obligation de prévoir tous les inconvénients qui pourraient nécessiter notre renonciation aux avantages de la réciprocité, et puisqu'en fin de compte ce projet a pour base des concessions mutuelles entre les différentes parties contractantes, n'allons pas tout donner pour ne rien recevoir.

Ensuite sera-ce aussi facile qu'on le dit ou qu'on le croit de briser cette affiliation, si nous avons raison de nous plaindre ? Invoquons les souvenirs du passé ? Le barreau, la chambre des notaires, les architectes, les pharmaciens... même les barbiers ont obtenu de la législature la permission d'avoir un bureau d'examineurs pour l'admission à la pratique, pourquoi ce même privilège a-t-il été refusé en 1887 et 1892, au C. M. & C. P. Q. ?

Parce qu'on s'est heurté à des influences aguerries, munies d'abondantes ressources, dirigées avec une grande habileté stratégique, contrastant avec la faiblesse et le manque de cohésion du corps professionnel. Eh bien ! Si l'intérêt entraîne ces mêmes influences vers le maintien du lieu interprovincial, elles sauront nous fermer toutes les issues et prévenir un mouvement de recul qui serait dans notre intérêt.

L'histoire se répète, ne l'oublions pas !

2° L'autonomie provinciale ne saurait être mise en danger par un bureau central dont les deux tiers des membres seront choisis par les bureaux provinciaux.

Simple trompe-l'œil.

Les membres du Bureau Central n'agiront pas en qualité de représentants des bureaux locaux, mais comme administrateurs d'un corps distinct, jouissant de sa vie propre, revêtu de pouvoirs bien définis par une législation spéciale. Leurs devoirs seront déterminés et leurs attributions limitées par la charte du C. M. & C. du Dominion. Ils ne pourront sortir du cadre de cet acte constitutif sans tomber dans l'illégalité. Ainsi, pour mieux faire savoir notre pensée : Mr. le Dr. Lachapelle ne représenterait pas plus la C. M. & C. P. Q. dans le Bureau Central, qu'il représenterait le bureau des médecins dans le conseil d'hygiène. D'ailleurs, en politique, il est curieux de voir avec quelle facilité des provincialistes enrégimentés sont devenus fédéralistes passionnés pour avoir respirer l'atmosphère d'Ottawa.

Une dernière observation sur la composition du bureau central projeté.

Ce bureau sera composé de vingt-quatre membres—trois par province—nommés l'un par le gouverneur en conseil, l'autre par le bureau local, le troisième sera, ex-officio le président du bureau provincial.

Passons sous silence la prépondérance numérique qu'auront les petites provinces, c'est-à-dire celles dont les cours d'études réclament les plus profondes modifications dans le Bureau ainsi constitué, et laissons de côté la question des dépenses entraînées par la réunion d'un corps aussi nombreux. Mais nous voudrions savoir pour quelle raison on concède, gratuitement, au gouvernement le droit de nommer un tiers des membres de ce bureau ? S'il le fallait absolument pour assurer l'adoption du Bill, passe, l'offrir nous étonne. Le résultat inévitable de cette concession sera l'imixtion de la politique dans les affaires professionnelles. Une fois ce microbe introduit dans le Bureau, gare aux conséquences. Les huit membres nommés par le cabinet seront infailliblement rouges ou bleus suivant la teinte politique des puissants du jour. Il suffit

pour l'affirmer de connaître nos mœurs politiques et l'histoire des nominations médicales aux positions publiques, depuis celle d'inspecteur d'anatomie jusqu'à celle de surintendant de la quarantaine.

Les discussions acrimonieuses soulevées, dans la presse d'Ontario, autour de l'administration de l'université de Toronto devraient nous servir de leçons et nous faire éviter cet écueil.

En résumé, considéré au point de vue de l'autonomie provinciale, le projet actuel ne vaut pas celui de 1898. Il y gagnerait beaucoup à être remis sur le métier, poli et repoli. Au moins, qu'on nous permette de connaître la mesure dans toute son intégrité et sous sa forme définitive avant de la présenter au Parlement. Qu'on fasse pour les médecins ce qui a été fait pour la magistrature et le barreau lors de la refonte du Code criminel, pour les banquiers avant la présentation de l'acte des banques, pour la loi de faillite, etc.; rédiger le projet de loi, l'imprimer, distribuer à tous les intéressés et attendre l'expression de l'opinion générale.

Cette question n'est pas connue du grand nombre, elle n'a jamais été discutée sérieusement dans cette province. La presse et les sociétés médicales devraient être consultées avant de se lancer dans une entreprise aussi grosse de conséquences.

Rien ne presse. Le zèle d'Ontario s'explique puisqu'elle a réussi à imposer ses vues après avoir tiré de l'arrière pendant sept ans. Cependant l'opinion n'est pas universelle là-bas, le "*Dominion Medical Monthly*" disait, dans son numéro de septembre, que le projet de réciprocité n'y perdrait rien pour attendre.

Il s'agit moins, en définitive, de faire vite que de faire bien.

L. J. O. SIROIS.

Saint-Ferdinand d'Halifax, }
14 novembre 1899.

Comite d'Etudes medicales.

Le 16 novembre dernier avait lieu la séance ordinaire du comité d'études, sous la présidence de M. le docteur Marsolais.

M. le docteur Duhamel donna une communication fort intéressante sur un cas d'abcès du cervelet, et la discussion qui s'ensuivit fut conduite par MM. les docteurs Lesage, Mignault, Boulet et Foucher.

M. le docteur Elie Asselin rapporta une observation excessivement pratique et d'un caractère tout à fait nouveau, sur le danger de donner le chloroforme dans une chambre éclairée par le gaz ordinaire, tel que cela existe dans la plupart de nos maisons, à la ville. M. le docteur Hervieux eut un cas semblable à celui rapporté par le docteur Asselin.

M. le docteur Daniel Lecavalier fit une conférence des plus instructives sur les nombreux avantages des sanatoria, dans le traitement de la tuberculose. Le conférencier appuya surtout sur la nécessité d'établir de semblables institutions pour les tuberculeux indigents, car, ce sont ceux-ci, refusés pour la plupart dans nos hôpitaux, qui méritent le plus l'assistance et la commisération des philanthropes en particulier, et du public en général. Le gouvernement, les personnes favorisées par la fortune, tous devraient avoir à cœur de donner à ces tuberculeux pauvres les moyens de pouvoir se soigner, de se guérir quelquefois, de se soulager toujours.

Le conférencier apporta à l'appui de ses assertions les chiffres convainquants donnés au dernier congrès de Berlin.

M. le docteur Daniel Lecavalier fut sincèrement félicité de son travail, et pour prouver que le corps médical canadien-français ne tire pas en arrière, lorsqu'il s'agit d'œuvres humanitaires, un comi-

té fut formé, séance tenante, pour aviser aux plus surs moyens de combattre la tuberculose chez les indigents par l'établissement de sanatoria populaires.

M. le docteur Marien, secondé par M. le docteur Merrill, proposa que MM. les docteurs Migneault, Cléroux, Lecavalier, Hervieux, Dubé, Boulet, Foucher et Duhamel fussent nommés membres de ce comité et que M. le docteur Lecavalier agisse comme secrétaire.

Cette proposition fut unanimement acceptée.

Société medico-psychologique de Québec

Séance du 26 octobre 1899, tenue à l'asile d'aliénés Saint-Jean de Dieu, Longue-Pointe.

PRÉSIDENCE DE M. BURGESS.

(Suite)

M. CHAGNON.—Je me permettrai d'ajouter l'observation suivante aux cas si intéressants que M. Burgess vient de nous rapporter.

C..., 17 ans, est préposé aux bagages à l'une de nos compagnies de chemin de fer. Son père est mort à l'âge de cinquante-deux ans d'une maladie du foie. Sa mère et sa sœur sont en bonne santé. Ses oncles maternels sont morts de tuberculose.

Dans les antécédents personnels de C..., nous relevons que dans son enfance il a souffert de rougeole et de diphtérie.

Vers le 21 décembre, 1895, il commence à se plaindre de perte d'appétit, constipation et insomnie. Il présente de plus une légère réaction fébrile, à quelques jours plus tard, il accuse de la céphalalgie. Il abandonne alors tout travail. Le 24 janvier, 1896, il commence à présenter des troubles mentaux qui s'affirment rapidement en état maniaque. A son entrée dans mon service à l'asile St-Jean de Dieu, le 30 janvier, il présente de l'incohérence absolue, une loquacité intarissable, des mouvements désordonnés et une insomnie complète. Le 5 février, nous le trouvons à son réveil tout à fait sain d'esprit. Je crois devoir noter ici que nous avons eu dès le début à combattre une constipation opiniâtre qui nous a donné beaucoup de mal à faire disparaître.

C... est admis pour la deuxième fois le 24 mai, 1899. La maladie avait débuté deux jours avant son entrée après un travail forcé de jour et de nuit sur des bouilloires en activité. Huit jours plus tard il était guéri de son agitation maniaque.

Le 9 du mois suivant, il prend part à une procession religieuse au cours de laquelle il est exposé à un soleil ardent pendant plus d'une heure. Le soir même, il se plaint de céphalalgie; le lendemain il présente une demi-somnolence et refuse toute nourriture; le surlendemain il est franchement maniaque. La durée de cet attaque est de 15 jours.

Le 8 juillet, nouvelle exposition prolongé au soleil, alors qu'il se livre à une partie de "foot-ball"; nouvelle rechute qui dure quelques jours seulement.

Le 1 août, à la suite d'une diarrhée fétide de 3 jours, il présente une nouvelle attaque d'agitation maniaque. Il est très bien le 18 et laisse l'asile le 25.

Après deux jours passés dans sa famille, il est ré-admis présentant de l'agitation maniaque sous aiguë. Il est parfaitement rétabli le 1 septembre, et le 6 octobre, laisse l'asile.

En résumé, notre malade présente six crises parfaitement distinctes d'agitation maniaque à intensité variable. Le maximum

de la durée de chacune des crises fut de 15 jours. Si nous prenons en considération l'état pathologique de ses fonctions défectives dans chacune de ses attaques il nous semble très difficile de ne pas faire une large part à l'auto-intoxication, même pour les rechutes qui semblent reconnaître pour cause immédiate l'exposition à la chaleur.

M. VILLENEUVE.—Je crois pouvoir rapprocher de ces observations le cas d'une femme que nous avons observée à l'asile St-Jean de Dieu, et qui, à plusieurs années de distance, en 1885, 1894 et 1899, a présenté trois accès maniaques d'une grande intensité, apparus subitement, sans cause apparente ou appréciable, et qui ont évolué très rapidement, l'espace de huit jours en moyenne. C'était une héréditaire, un de ses frères avait été atteint d'aliénation mentale.

Les cas qui viennent d'être rapportés par M. Burgess revêtent bien les caractères que Vallon dans un rapport au congrès des médecins aliénistes et neurologistes français, tenu en 1898, attribue aux délires transitoires, de survenir brusquement, d'arriver très rapidement à leur apogée et de se terminer également, d'une manière subite, par le retour à l'état *quo ante*. Les autres cas seraient plutôt des accès de manie aiguë de courte durée.

Ce qui fait l'intérêt des observations rapportées par M. Burgess, c'est que l'accès de manie transitoire que l'une de ces malades a présenté, ne peut être rattaché à aucun état pathologique antérieur. Ce fait viendrait à l'encontre de l'opinion professée par la presque totalité des aliénistes français et qui a reçu sa confirmation par un vote unanime émis à leur congrès de 1899, à savoir : que la folie transitoire est toujours symptomatique. Plusieurs observations de ce genre pourraient bien rouvrir la question que le congrès français a fermé par son vote : " Existe-t-il une folie transitoire idiopathique ? " Pour moi dans ma carrière d'aliéniste et de médecin expert, exercée depuis cinq ans dans l'asile le plus considérable et la ville la plus populeuse du Canada, je n'ai jamais rencontré un cas de folie transitoire que je n'aie pu rattacher à un état pathologique antérieur.

M. BURGESS. — D'après le cas que j'ai observé et rapporté, je serais tenté de croire à l'existence de la folie transitoire idiopathique.

Deux cas d'hallucination auditive périphérique.

M. CHAGNON. — J'ai observé dans mon service à Saint-Jean de Dieu, deux malades hallucinés de l'ouïe bien intéressants, je crois, par les causes qui provoquaient, chez eux, ces hallucinations.

Obs. 1. — G... est âgé de 32 ans, homme de peine. Son père est mort d'hydropisie. Rien de plus à noter dans l'histoire pathologique de sa famille.

Toute sa vie G... a été affecté d'aboulie. Par exemple, il se marie à 25 ans bien malgré lui, dit-il. A chacune des visites qu'il fait à la femme qu'il courtise il se propose de décliner l'offre de mariage qu' " elle lui a faite ", mais chaque fois il ne trouve pas la force de volonté nécessaire pour repousser la " demande ", jusqu'au pied des autels il conserve l'espoir de pouvoir dire non. Mais en vain, car devant le prêtre, il dit " oui ".

Un jour ayant besoin de gants, il décide de consacrer soixante-quinze centimes à cet achat ; le commis de magasin auquel il s'adresse lui en présente une paire au prix élevé de quatre piastres : il les achète encore malgré lui.

Jusqu'à l'époque de son entrée à l'asile sa vie est ainsi remplie d'actes marqués au coin de l'aboulie.

Admis à St-Jean de Dieu le 8 septembre, 1898, G... n'offre des hallucinations de l'ouïe que lorsqu'il entend un bruit quelconque ou un son, ou qu'il subit une impression de toucher. S'il est au repos et que ses compagnons se promènent dans le quartier, de suite il entend des voix paraissant venir de leurs pieds ; et si lui-même, se levant, se met à marcher, il paraît lui en monter des siens. De tous les pieds touchant le sol avec bruit léger ou fort partent des voix.

Le bruit de l'eau qu'on verse dans un verre provoque l'hallucination. Je froisse un papier, on lui crie : " Tu es un... fou ; " je frappe de mon crayon l'armature en fer d'un encrier : " Tu es un niais, " lui dit-on d'une voix métallique. S'il se gratte, il éprouve une sensation qui réveille les voix.

Obs. 11. M..., âgé de 26 ans, célibataire, cultivateur, admis à l'asile le 25 mai, 1899.

Ses grand'mère et grand'oncle maternels sont morts en état de démence ; un oncle est alcoolique.

M... est peu intelligent. Comme chez G..., ses hallucinations de l'ouïe ne sont provoquées que par des bruits ou des sons. Elles se produisent lorsque ses compagnons ou lui se livrent à la marche.

Il fait cette distinction que les voix qui lui viennent de ses bottes lui parlent " en musique " tandis que les autres sont rudes.

Le malade qui fait le sujet de l'observation première, est retourné chez lui guéri en décembre de la même année, après trois mois de séjour à l'asile.

Il a été revu depuis, il avait ses poches bourrées de poudres médical-menteuses et de flacons de remèdes ; il est devenu hypochondriaque.

L'autre malade vient aussi de laisser l'asile, légèrement amélioré.

Ce que je relève de particulier chez ces deux malades qui présentent chacun un passé pathologique, c'est qu'il est absolument nécessaire qu'ils subissent une impression auditive ou tactile pour éprouver des hallucinations de l'ouïe. Pas de bruits, pas de voix. Si tout est calme, ils n'ont aucun hallucination.

(à suivre)

FORMULAIRE

CHUTE DES CILS. — A. Trousseau.

Si les cils tombent sans rougeur, sans inflammation des paupières, soigner l'état général kystique ou arthritique et prescrire des onctions locales avec :

Vaseline.....	1½ drachme.
Huile de ricin.....	½ drachme.
Acide gallique.....	½ grain.
Essence de lavande.....	4 gouttes.

(J. de méd. de Paris.)

COLLUTOIRE CONTRE LES APHTES.

Borate de soude.....	1½ drachme.
Salicylate de soude.....	2½ —
Teinture de myrrhe.....	2 —
Sirop de mûres.....	1 once.
Eau distillée.....	1 —

(J. de méd. de Paris.)

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Des sels d'argent en thérapeutique oculaire, Dr. Jéhin-Prume.....	169
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : L'albuminurie hépatique, par J. Tessier. — Contribution à l'étude de l'encéphalopathie saturnine et de son traitement par la saignée et les injections de sérum artificiel, par Goidin (thèse de Paris). — Contribution à la pathologie de la sympathie conjugale. Une interprétation physiologique de la "couvade", par Ch. Féré (Soc. de Biologie).....	170
CHIRURGIE : Adénite tuberculeuse cervicale.....	171
GYNÉCOLOGIE : Pathologie et thérapeutique de la blennorrhagie utérine, par le Dr. Heinrich Schutli.....	171
PÉDIATRIE : L'atrophie des nourrissons. — La tétanie dans l'enfance.....	172
THÉRAPEUTIQUE : Du permanganate de potasse dans le traitement de la dysenterie et de la rectite.....	173
DERMATOLOGIE : Sycois de la moustache et de la lèvre supérieure. Son origine nasale (suite).....	173
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC	
Séance du 26 octobre 1899, tenue à l'asile d'aliénés Sait-Jean de Dieu, Longue-Pointe.....	174
FORMULAIRE	176
NOUVELLE	176

Travaux Originaux

Des sels d'argent en thérapeutique oculaire.

Dr. JÉHIN-PRUME.

Nitrate d'argent.

Ce sel d'argent est le plus universellement employé ; on le prescrit comme collyre, et en badigeonnage. En collyre, il rend des services dans les conjonctivites simples, soit catarrhale ou hyperhémie simple conjonctivale. Le collyre au nitrate d'argent se prescrit comme suit :

Collyre simple :

Nitrate d'argent..... 15 centigrammes.
Eau distil..... 25 grammes.

ou encore :

Nitrate d'agent..... 15 centigrammes.
Eau de Rose..... 10 grammes.
Aqua distil..... 25 "

♣ instiller 5 à 6 gouttes dans les yeux, trois fois par jour.

Cette médication, qui agit très bien dans les cas simples, n'agit pas avec satisfaction dans les cas plus graves ; il faut alors faire des badigeonnages sur la muqueuse conjonctivale avec un pinceau imbibé de nitrate. Ces badigeonnages seront renouvelés une fois par jour dans les cas simples, deux fois, dans les cas graves. Avant il est utile d'instiller dans les yeux du malade quelques goutte (3 ou 4) d'une solution de cocaïne à 1 p. 20.

Voici, suivant les cas, le titre des solutions que nous employons.

Un pour cent : Dans les conjonctivites catarrhales simples de adultes ou des enfants, congestions du globe oculaire.

Deux pour cent : Dans les conjonctivites catarrhales subaiguës, conjonctivite purulente des nouveau-nés, conjonctivites blennorrhagiques simples.

Trois pour cent : Dans les conjonctivites blennorrhagiques graves.

Dans tous les cas, après l'application du nitrate on fera un lavage de la muqueuse avec de l'eau distillée froide. Je ne vois pas l'utilité du chlorure de sodium, qui détruit souvent tout l'effet du médicament.

Fuchs recommande de ne jamais cautériser le soir, car les paupières restant fermées après la cautérisation, toute la masse sécrétée resterait, pendant le sommeil, dans le cul-de-sac conjonctival et y déterminerait un surcroît d'irritation.

De l'argentamine

(Ethylène diamine phosphate d'argent).

Ce sel d'argent a l'avantage de posséder la même action que le nitrate d'argent, mais avec la supériorité de causer moins de douleur, pas de photophobie. On peut l'employer plusieurs fois par jour sans inconvénients. On peut s'en servir dans les cas où la cornée est prise, sans craindre les mêmes accidents qui se produisent souvent avec le nitrate. Il faut dire cependant que dans les cas graves la valeur antiseptique de l'argentamine est moindre que celle du nitrate d'argent.

Collyre :

Argentamine..... 5 grammes.
Eau de rose..... 20 —
Eau distil..... 30 —

3 à 4 gouttes dans les yeux, toutes les trois heures.

En badigeonnages on l'emploie 4 à 5 fois par jour à des doses variant de 5 à 10 pour cent.

L'itrol.

L'itrol, ou citrate d'argent, est un nouveau médicament qui a été encore que fort peu employé en ophthalmologie.

Nénadovic le préconisa en solution de 1 à 3 p. 100 dans la conjonctivite granuleuse.

Le Dr. Mergl a obtenu des succès dans une foule de cas de conjonctivite avec des insufflations de poudre d'itrol.

Ce médicament est un excellent antiseptique, qui s'emploie soit en solution (1 à 5 p. 100), en poudre ou encore en pommade (1 p. 20) ; il provoque peu d'irritation, mais n'est pas supérieur à l'argentamine.

L'actol

Ou lactate d'argent, a été préconisé par Crédé comme étant un germicide puissant. Il est cependant douloureux. On l'emploie en solution de 1/80,000.

Le protargol

Ou protéinate d'argent, contient 8.3 p. 100 d'argent ; dans l'eau forme une solution brune, plus ou moins foncée suivant la force de la solution. On l'emploie surtout dans les cas de conjonctivite blennorrhagique. Le Dr. Darier, de Paris, le recommande dans tous les cas de conjonctivite purulente.

On l'emploie :

En solution.....	5 p. 100.
En pommade.....	1 p. 20.
En poudre.	

C'est un antiseptique puissant et indolore, un médicament inoffensif, même à doses élevées.

15 rue Crescent.

Revue des journaux

MEDECINE

L'albuminurie hépatique.

Par J. TEISSIER.

L'auteur termine ainsi, en manière de conclusion, une intéressante leçon sur cette question :

Et si vous me demandez maintenant de résumer en une formule générale le pronostic d'ensemble de ces albuminuries hépatiques, je vous dirai :

La première forme, celle qui trahit l'hyperfonctionnement même de la glande, est toujours ou presque toujours curable ; je dirais presque toujours, si l'on s'en tient au sens strict du mot. Il serait peut-être plus sage de déclarer que cette albuminurie est transformable, en ce sens que, n'étant elle-même qu'une manifestation souvent juvénile de la diathèse urique, elle sera remplacée peut-être, une fois disparue, par une expression nouvelle de la disposition constitutionnelle préexistante. La seconde forme, qui vise l'ensemble des cas liés à l'insuffisance partielle du foie, est un peu plus grave, non point par elle-même, mais par l'évolution ultérieure des accidents dont elle peut annoncer longtemps à l'avance l'évolution (cirrhose du foie, par exemple). La troisième forme enfin, celle qui entraîne concomitamment l'albuminurie rénale par auto-intoxication ou qui réveille un ancien processus anatomique latent ou éteint, mérite une attention plus grande et entraîne nécessairement un pronostic plus réservé.

Somme toute, la gravité de l'albuminurie hépatogène considérée en bloc est, cependant, toujours modérée : on remarquera que les signes d'intoxication rénale sont rares, que l'hypertension est exceptionnelle, que le cœur n'est jamais atteint, quoique cette albuminurie soit susceptible de s'accompagner, dans un bon tiers des cas, d'œdème des membres inférieurs.

C'est par l'étude et l'analyse des caractères urologiques et de l'albumine urinaire que l'on arrivera au diagnostic précis de la nature même et par conséquent de l'avenir de la lésion hépatique qui provoque l'albuminurie.

Je pourrais à cet égard vous rappeler un exemple des plus remarquables qu'il vous a été donné d'observer, chez une jeune femme entrée, il y a quelques jours à peine, dans nos salles avec de l'ictère, de l'œdème atteignant même la face et une albuminurie dépassant 3 0/00 ; la malade, grosse de sept mois et demi et dyspnéique à l'excès, paraissait dans un état d'urémie imminente ; une étude minutieuse des anamnétiques et des organes me fit poser le diagnostic d'albuminurie hépatique que confirma d'ailleurs l'analyse chimique, en montrant que l'albuminurie était presque exclusivement de la globuline ; et, malgré une situation en apparence menaçante, je portai un pronostic favorable qui se vérifia même plus vite que nous ne l'aurions espéré, car à peine quinze jours se sont écoulés, et déjà cette femme, presque complètement rétablie grâce

à une médication très simple (diète hydrique pendant quarante-huit heures et désinfection du foie au moyen du salol), son ictère disparu, ses troubles fonctionnels fort atténués, se dispose à nous quitter pour se rendre à la maternité.

J'espère vous en avoir dit assez pour faire ressortir le côté pratique de la question, côté d'autant plus intéressant qu'il comporte des applications utiles au traitement de la maladie : une des premières indications qui s'impose, lorsque le malade est susceptible de déplacement, c'est la cure à Vichy, cure dont l'action décongestionne le viscère, qui active les combustions si le foie est insuffisant, qui régularise la fonction biliaire et qui, en assurant l'antiseptie de la cavité intestinale, réduit au minimum la source de l'auto-intoxication digestive. Mais, à côté des eaux bicarbonatées sodiques, il y a d'autres eaux alcalines dont l'action peut être utilisée avec profit, notamment les eaux bicarbonatées calciques et ferrugineuses qui s'appliquent en particulier aux sujets faibles.

Je laisse de côté les moyens accessoires, le calomel avec son action antiseptique et résolutive, le bromure de potassium et le boldo avec leur action cholagogue, le salol, etc., et j'insiste sur l'utilité de l'opothérapie s'il y a de la tendance à l'insuffisance de l'organe, opothérapie que l'on peut appliquer, partiellement tout au moins, en administrant de l'extrait de bile dont l'action est véritablement puissante pour réveiller les multiples fonctions de la cellule hépatique.

(La Semaine méd.)

Contribution à l'étude de l'encephalopathie saturnine et de son traitement par la saignée et les injections de serum artificiel.

Par GOIDIN (Thèse de Paris).

Ce traitement est rationnel, il entre une certaine quantité de poison qui se trouve dans le sang, il en favorise l'élimination. Il stimule le système cérébro-spinal. Dans les intoxications aiguës par le plomb avec encéphalopathie, la guérison est la règle ; dans les intoxications chroniques, le succès est moins sûr, car nous ne savons pas si le lavage du sang agit sur le plomb fixé dans l'organisme. Si cette action existe, elle doit être fort lente, et dans les cas d'encéphalopathie on est obligé d'agir rapidement et énergiquement. Dans deux cas sur quatre, le succès a été complet. Il ne faut pas hésiter, si l'état du sujet le permet, à recommencer la saignée et l'injection, si l'effet obtenu n'est pas suffisant après une première intervention.

(Rev. neurol.)

Contribution à la pathologie de la sympathie conjugale. Une interprétation physiologique de la "couvade."

Par CH. FÉRÉ (Soc. de Biologie).

À propos d'une observation curieuse de neurasthénique, pris de vomissements incrochables à l'occasion de la grossesse de sa femme, l'auteur fait allusion à la "couvade," coutume bizarre qu'on retrouve chez des peuplades diverses, et qui consiste dans l'imitation par le mari du rôle de la femme enceinte et de la parturiente. On n'en a guère donné jusqu'ici que des explications fantaisistes. Avec Weir Mitchell, Féré incline à voir là un phénomène d'imitation, de contagion. Le sujet qu'il a observé présentait, au moment de l'accouchement de sa femme, des douleurs lombaires et rachidiennes violentes, un état d'anxiété vive avec hyperesthésie de la peau de l'abdomen et des seins. À l'occasion d'une seconde grossesse de sa femme, il présente des accidents analogues. Ces phénomènes réalisent une "couvade." L'imitation et la sympathie agissant chez un prédisposé, en donnent l'explication.

CHIRURGIE

Adénite tuberculeuse cervicale.

M. GEORGE MORGAN a confiné ses recherches à l'étude des ganglions de la tête et du cou. L'adénite tuberculeuse de la tête et du cou est moins fréquente qu'autrefois, et elle est aussi moins grave. En 1884, le nombre des enfants admis à l'hôpital de Brighton pour adénite était de 6½ p. 100 de la totalité des malades. Ce chiffre a été progressivement en décroissant et n'est guère actuellement que de 3½ p. 100.

Les deux questions intéressantes au point de vue étiologique, c'est, d'une part, l'étude du terrain individuel et, de l'autre, la voie d'infection suivie pour parvenir aux ganglions.

Le rôle de l'hérédité tuberculeuse est importante au point de vue du terrain. La syphilis, de même, est une cause prédisposante.

Au point de vue du mode d'infection des ganglions, il faut se demander d'abord comment se divise les ganglions par rapport aux régions qu'ils desservent. Autrement quelle surface cutanée ou muqueuse en dépend ? Everyone, qui a examiné un grand nombre d'adénites tuberculeuses de la tête et du cou, a constaté que les ganglions les plus souvent atteints sont ceux qui déservent les muqueuses, particulièrement ceux dont dépendent les régions où le tissu lymphoïde est abondant. Parmi les cas observés par M. Morgan, voici dans quel ordre se distribuent les ganglions par rapport à la plus grande fréquence de l'infection :

- 1° Partie supérieure du creux cervical ;
- 2° Ganglions sous-maxillaires, surtout près de l'angle de la mâchoire ;
- 3° Ganglions supra-hyoïdiens ;
- 4° Région inférieure du creux cervical ;
- 5° Ganglions parotidiens ;
- 7° — cervicaux supérieurs ;
- 8° — auriculaire postérieur ;
- 8° — occipitaux ;
- 9° — maxillaires internes ;
- 10° — pharyngiens postérieurs ;
- 11° — linguaux ;
- 12° — buccaux.

Dans un seul cas, le ganglion du muscle buccinateur était enorgorgé : cela parut en rapport avec la carie d'une molaire.

La voie ordinaire suivie par le bacille pour atteindre les ganglions post-auriculaires, occipitaux ou cervicaux supérieurs, est la voie cutanée. La peau de la face, du cou, de la nuque étant atteinte d'eczéma, d'impétigo, de prurigo, etc., livre passage au bacille tuberculeux.

Dans un cas, une petite fille de 8 ans, l'origine d'une adénite post-auriculaire était due à une lésion cutanée au-dessus de l'oreille. Elle habitait avec sa petite sœur qui mourut de phtisie.

L'impétigo semble être une cause plus fréquente que l'eczéma. La grande autorité d'Unna confirme le fait.

Le lupus peut être, de même, cause d'adénite. Quant aux points de départ de l'invasion tuberculeuse par les muqueuses, l'ordre de fréquence est le suivant :

- 1° Dents et gencives ;
- 2° Amygdales ;
- 3° Nasopharynx.

L'infection d'origine dentaire mérite une étude particulière. M. Kerner, de Berlin, a récemment publié des observations sur ce point. Cet auteur a anesthésié des chiens ; puis après avoir altéré la pulpe d'une dent, il y introduit un peu de bleu de Prusse, et après quoi il obture la dent. Deux ou trois jours après le chien est sacrifié, et les ganglions lymphatiques dépendant de la dent examinée au microscope présentent la trace de l'infiltration par le bleu de Prusse.

A côté de l'expérimentation, il a joint l'étude clinique. Sur 3161 enfants ayant de l'adénite, 2334, soit 78 8/10 p. 100, présentaient des lésions de carie au 2e ou au 3e degré.

Sur 1646 ou 70 p. 100 de ces enfants, les ganglions infectés correspondaient exactement aux dents malades.

Des recherches analogues ont été faites sur ce point par Geo. Cook, de Chicago. Dans un très grand nombre de cas, cet auteur a retrouvé le bacille de Koch dans la pulpe de dents malades.

Après l'infection d'origine dentaire, la voie la plus fréquente est le tissu adénoïde de l'amygdale et du nasopharynx. Il n'est pas douteux qu'en ce qui concerne les ganglions du creux cervical et ceux de l'angle de la mâchoire, ils soient infectés par cette voie.

Au point de vue du traitement, lorsque le traitement médical échoue, il est préférable de pratiquer l'ablation des ganglions. En enlevant les ganglions, il faut prendre garde à ne pas exercer sur ces ganglions de pression trop vive, soit avec le doigt, soit avec les pinces. On s'exposerait en effet à inoculer la région.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

GYNECOLOGIE

Pathologie et thérapeutique de la blennorrhagie utérine.

Par le Dr. HEINRICH SCHULTZ.

Alors que le traitement de la blennorrhagie chez l'homme a fait tant de progrès en ces dernières années, Neisser lui-même reconnaît que le traitement de cette affection chez la femme n'a guère progressé.

Beaucoup de gynécologues considèrent la gonorrhée cervico-utérine comme inguérissable. C'est là une opinion exagérée. Mais il y a deux grands points à considérer : d'abord la malade elle-même, et puis le danger de la contagion. Ce danger, nous pouvons le combattre avec efficacité, et par là même nous rendons service à la maladie, en empêchant la marche ascendante du gonocoque vers les annexes. Dans la plupart des cas, nous trouvons dans la blennorrhagie des sécrétions purulentes du col et la présence de gonocoque ; par le traitement antigonorrhéique les gonocoques disparaissent et les sécrétions cervicales diminuent et deviennent transparentes. Il y a cependant des cas où les sécrétions persistent et le gonocoque disparaît ou bien encore la purulence persiste avec le gonocoque.

Toute sécrétion purulente du col n'est pas due à la gonorrhée ; Schultz a souvent trouvé des streptocoques dans le pus. A côté de ces cas il a décelé souvent dans les sécrétions transparentes la présence du gonocoque.

Nous devons tenir pour malade toute femme dont les sécrétions cervicales sont purulentes, même en l'absence de gonocoques ; nous ne devons cependant pas considérer dans tous les cas ces sécrétions comme le produit d'un processus gonorrhéique.

La contagion n'est plus à redouter quand le microscope ne permet pas de découvrir des gonocoques dans les sécrétions.

Schultz a recherché le gonocoque sans le trouver dans la muqueuse utérine curettée, alors que les sécrétions en contenaient à l'évidence. Dans les cas où les sécrétions du col ne contenaient pas de microbes, on n'en a pas trouvé davantage dans les sécrétions du corps utérin. Comme conclusion, nous ne diagnostiquerons la gonorrhée utérine que dans les cas où le gonocoque se trouve dans les sécrétions cervicales.

Les examens microscopiques ont été refaits trois et quatre fois ; parfois le gonocoque n'a été décelé qu'après trois examens négatifs.

Sur 200 prostituées malades, les sécrétions étaient dans 108 cas purulentes, dans 10 cas transparentes, les autres plus ou moins troubles.

On trouva 76 cas de gonorrhée utérine, 45 avec sécrétions purulentes, 4 transparentes et 27 troubles.

La présence de gonocoques ne fut observée que dans 50 à 60 0/0 des cas, sans considérer la qualité des sécrétions. En ne tenant compte que des symptômes cliniques, on eût négligé dans 40 0/0 des cas la recherche du gonocoque. De là découle l'importance du diagnostic microscopique.

Sous l'influence du traitement, les sécrétions diminuent avec la disparition de gonocoques, si par exception cela ne se produit pas, ou bien si, avant le traitement nous trouvons du pus sans gonocoque, nous pouvons considérer l'affection comme une maladie de la muqueuse due à une autre cause, ou bien c'est qu'il y a des altérations dues à une gonorrhée antérieure, ce que Sanger a nommé "gonorrhée résiduale."

Brose prétend que toute femme atteinte de gonorrhée gagne tôt ou tard une gonorrhée utérine. Il n'y a de doute pour personne que le col soit le siège primitif de l'affection, mais il n'a jamais été démontré par personne que le processus s'étende fatalement à l'utérus dans tous les cas. Parmi les causes qui favorisent cette propagation, nous avons les traitements locaux, avortements, accouchements, la menstruation, etc., etc.

Schultz, qui a observé des prostituées pendant cinq et six ans, a vu l'affection rester limitée au col ; c'est qu'il n'y a jamais eu de gonorrhée utérine, ou bien si elle a existé, la guérison en est survenue.

Dans environ 38 0/0 des cas de gonorrhée cervicale, l'affection atteint le corps utérin. La menstruation n'a d'influence sur la recherche du gonocoque que dans un petit nombre de cas, la période post-menstruelle a permis de trouver l'organisme non décelé jusqu'alors. La plupart des cas observés chez des prostituées se présentaient chez des sujets jeunes ; soit que les femmes plus âgées aient été guéries ou offrent moins de prise à l'infection. Les affections annexielles se montrent de préférence aussi chez les sujets jeunes. C'est dans les cas d'affections annexielles que l'on rencontre le plus d'endométrites gonorrhéiques rebelles ; il semble que le germe atteigne la muqueuse plus profondément. Les érosions ne sont pas caractéristiques, elles se rencontrent comme dans les autres infections quand la muqueuse cervicale est altérée ; sous l'influence des astringents, on les voit guérir.

Quant au traitement, il est des plus difficiles ; certains gynécologues, Brose, Behrend et d'autres le jugent inutile. Si dans la plupart des cas, le traitement local amène la disparition du gonocoque, pourquoi s'abstenir ? Les préparations au sel d'argent ont fait leurs preuves, elles sont plus efficaces que le sublimé.

Behrend prétend que le repos au lit et l'application de vessies de glace suffit à arrêter la marche envahissant du gonocoque ; hors le cas d'annéxite ; on ne peut maintenir au lit malade alors que des moyens plus pratiques sont à notre disposition.

Les injections intra-utérines ou intra-cervicales sont faites par Schultz deux fois la semaine avec une solution de protargol à 4 0/0, avec de l'acide pyrroligneux, avec une solution de nitrate d'argent à 5 0/0, puis à 10 0/0, ou encore avec l'argentamine à 10 0/0. Seules les premières injections sont suivies de réaction douloureuse. Sur 200 malades, où l'on fit 2,000 injections intra-utérines, ont dut dans dix cas cesser le traitement à cause des douleurs, deux cas de péri-métrite avec exsudat ont guéri après quelques semaines. Environ 70 0/0 des cas sortent guéris de l'hôpital. En cas d'échec, tenir la malade au repos, puis reprendre le traitement.

Les difficultés augmentent dans les cas anciens alors que le processus s'est étendu à l'utérus et aux annexes.

Schultz n'a pas obtenu de résultat avec le protargol à 4 0/0 malgré des injections fréquentes, pas plus avec l'acide pyrroligneux. Le nitrate d'argent à 5 0/0 et 10 0/0 et l'argentamine à 10 0/0 ont donné des guérisons nombreuses après neuf injections intra-utérines.

Le nitrate d'argent donne des réactions plus fortes et provoque parfois des métrorrhagies. Aussi doit-on lui préférer l'argentamine en solution à 10 0/0.

(Zeitschrift f. Geb. Und. Gyn.—Gazette de gynécologie).

PEDIATRIE

L'atrophie des nourrissons.

Les nourrissons véritablement dits "atrophiques" ne sont pas, suivant Baginsky, ceux qui, par suite de privations et de manque de soins, se trouvent dans un état d'inanition avancé et sont, pour cela même, incapables de se rétablir ; ce sont ceux qui, à la suite de troubles dyspeptiques, de diarrhée, de vomissements entrecoupés de périodes de répit, diminuent progressivement de poids et s'atrophient alors qu'ils devraient prospérer. L'examen des selles de deux nourrissons atrophiques a révélé que, dans le premier cas, l'albumine ingérée était éliminée avec les fèces, sans avoir été utilisée, dans une proportion de 52,7 % ; dans le deuxième cas, dans une proportion de 45,2 %. Dans l'un et l'autre cas, l'urine renfermait des quantités d'albumine anormales.

Cette insuffisance absolue de l'utilisation des matières alimentaires dans l'atrophie infantile est due à de graves altérations anatomiques du canal intestinal, qui en modifient la fonction. Ce fait résulte de l'examen de préparations histologiques provenant d'enfants morts depuis deux heures : la paroi intestinale présentait des lésions qui allaient progressant depuis la tuméfaction et la prolifération la plus intense de la muqueuse, des glandes et des villosités, jusqu'à la destruction complète des tissus. L'intestin n'était jamais altéré dans toute sa longueur ; des parties parfaitement saines alternaient avec d'autres plus ou moins atteintes ou complètement détruites, ce qui explique que, dans certains cas, sous l'influence de la croissance toujours progressante, il peut y avoir réparation et finalement guérison de l'organe menacé.

L'auteur croit donc qu'il n'est pas possible de douter plus longtemps qu'il existe, dans l'atrophie des nourrissons, de graves lésions de la paroi intestinale. Ses nouvelles recherches n'ont fait que confirmer la conclusion tirée de ses recherches antérieures, à savoir que l'atrophie des nourrissons est la conséquence du trouble de l'assimilation, dû aux altérations atrophiques du canal intestinal.

Il n'est pas de l'avis de certains auteurs qui considèrent l'atrophie comme le résultat d'une auto-intoxication ; il a examiné sous le rapport de la toxicité, l'urine d'enfants atrophiques, ainsi que des extraits aqueux du foie, de la rate et des reins de cadavres frais, et il n'a obtenu que des résultats négatifs. Tout en reconnaissant que les produits de décomposition de la digestion peuvent exercer une action toxique intercurrente, il se refuse à croire à une intoxication chronique de l'organisme de l'enfant.

L'hypothèse de Czerny, d'après laquelle l'atrophie serait due à une intoxication par les acides, ne lui paraît pas plus admissible. Il résulte, en effet, des expériences faites sur de jeunes chiens que l'alimentation à l'acide lactique et exempte de sels, les rend infailliblement rachitiques. Or, si l'hypothèse de Czerny était juste, les os des enfants atrophiques ne manqueraient pas de présenter des altérations rachitiques, ce qui n'est pas le cas.

D'autres auteurs attribuent à l'infection un rôle prépondérant dans la production de l'atrophie. Il est certain que celle-ci peut, à l'occasion, se compliquer de furonculose, de phlegmons profonds, d'intertrigo, de colécystite, d'otite moyenne, et se terminer alors d'une manière rapide. L'examen bactériologique du sang de dix malades a donné des résultats négatifs dans quatre cas ; dans sept cas où le sang avait été obtenu, immédiatement après le décès, par une ponction faite au cœur, le résultat de l'examen a été positif deux fois, négatif, 5 fois. Chez trente-quatre autres malades atteints

de troubles digestifs, on n'a trouvé que huit fois des micro-organismes dans le sang.

C'est donc la lésion anatomique du canal intestinal qui demeure la seule cause de l'atrophie infantile.

Comme traitement, l'auteur préconise le changement de milieu, de régime et de climat. Les soins dévoués et variés dont le malade peut être entouré dans sa famille lui paraissent une meilleure garantie de succès que le traitement uniforme et monotone de l'hôpital.

(Dr. ROTHSCHILD, in *Le Progrès méd.*)

La tétanie dans l'enfance.

Le seul symptôme pathognomonique de la tétanie est, suivant Morsé, une contraction musculaire paroxysmale, intermittente, spontanée. Le siège par excellence de ces contractions se trouve dans les muscles de l'avant-bras. Il est rare que, dans les cas bénins, les articulations de l'épaule et du coude soient également affectées. Le terme *tétanie* ne doit s'appliquer qu'aux cas où ces contractions existent. Celles-ci se trouvent fréquemment associées à d'autres symptômes, tels que les symptômes d'Erb et de Trousseau, l'irritabilité faciale de Chvostek, le laryngospasme et les convulsions. Dans certains cas s'observent aussi des troubles sensoriels, des troubles vaso-moteurs et trophiques et notamment l'œdème du poignet et de la cheville. L'existence de ces symptômes non associés à des contractions, ne constitue pas la tétanie latente; car, certains de ces symptômes, comme le laryngospasme, le signe de Trousseau et celui de Chvostek n'existent pas d'une manière constante dans tous les cas de contractions typiques et ils peuvent, d'un autre côté, se produire dans des cas où il n'y a pas de tétanie. Ils ne sauraient donc servir à établir le diagnostic de tétanie ou de tétanie latente.

L'auteur croit que, comme l'épilepsie, la tétanie est déterminée par plusieurs causes et qu'elle doit être considérée non comme une affection, mais tout simplement comme un symptôme. Selon lui, les troubles gastro-intestinaux, le rachitisme et certaines affections aiguës donnent lieu à la formation de substances toxiques capables de déterminer une modification spéciale, fonctionnelle plutôt qu'organique, des symptômes centraux et périphériques. Il est probable que les lésions variées du système nerveux dans la tétanie sont dues à l'action de ces substances toxiques.

(Ibid.)

THERAPEUTIQUE

Du permanganate de potasse dans le traitement de la dysenterie et de la rectite.

Les lavements de permanganate de potasse sont indiqués dans les traités de médecine comme un médicament accessoire, mais on insiste peu en général sur cette indication.

M. le docteur Gastinal montre, dans les *Archives de médecine navale*, quels sont les effets remarquables et constants que l'on peut en obtenir.

Le permanganate de potasse agit comme astringent, comme antiseptique, il modifie, en outre, très favorablement la muqueuse enflammée et ulcérée. " Ses effets sont les suivants : arrêt des sécrétions morbides et par conséquent des selles, disparition des épreintes, du ténesme et des autres phénomènes douloureux à répercussion abdominale : il soulage en guérissant. "

Ce lavement provoque une douleur sourde, supportable, se calmant rapidement, donnant l'impression curieuse d'une " douleur utile ", suivant l'expression de l'auteur.

Voici le manuel opératoire. On prend une solution à 50 centigrammes pour 1,000, et on donne un lavement de 500 grammes qui, administré chaud, vers 45 degrés et avec lenteur, par exemple avec

deux ou trois arrêts d'une dizaine de secondes, épargne les phénomènes spasmodiques, réduit au minimum la douleur et pénètre par suite plus sûrement le long du gros intestin. Pour le recevoir, le malade dont les jambes et les cuisses sont fléchies et écartées et le siège un peu surélevé, se couche légèrement sur le côté gauche pour le premier tiers, sur le dos pour le deuxième tiers, légèrement sur le côté droit pour le reste. Le lavement est gardé une demi-minute au moins, deux minutes au plus.

Une manière très simple d'opérer est d'avoir une solution à 1 gramme par litre et de préparer le lavement en ajoutant à 250 grammes de cette solution froide, 250 grammes d'eau suffisamment chaude pour que le mélange soit à la température convenable.

Le lavement doit être précédé à un quart d'heure d'un premier lavement évacuateur d'eau bouillie et chaude, dans laquelle, pour mieux détacher les mucus et nettoyer plus complètement l'intestin, on peut dissoudre 2 grammes de bicarbonate de soude.

Le permanganate de potasse précipite lui-même toutes les mucosités qu'il peut trouver sur son chemin. Le lavement les ramène en plus ou moins grande quantité, teintées en brun. Un quart d'heure, une demi-heure après, le plus souvent, se produit une selle spontanée, composée surtout de mucosités brunes sécrétées par la muqueuse excitée par le permanganate. Dès lors, pendant douze heures et quelquefois vingt-quatre heures, plus de selle. Ceci n'est pas la règle, mais s'observe généralement.

Après chaque lavement actif, il est indispensable d'observer un repos d'une heure au lit; du reste, le repos au lit est un élément important du traitement de la dysenterie, car il assure l'immobilisation de l'intestin.

Avec le lavement de permanganate de potasse on donne au début 1 gramme de calomel qui doit être pris le lendemain matin si le premier lavement a lieu le soir, ou bien dès que le calme est revenu.

Le permanganate est l'agent modificateur et curateur local; le calomel, purgatif cholagogue et antiseptique, rappelle à ses fonctions le foie toujours frappé d'inertie dans la dysenterie.

Enfin, le jour de la purgation, l'auteur fait observer une diète absolue, entrecoupée seulement de quelques tasses de thé léger.

Quand les selles ont perdu l'aspect dysentérique, M. Gastinal institue le traitement par l'acide lactique (solution à 10 grammes pour 1,000 d'eau sucrée, avec 2 grammes d'alcoolat de citron, un demi-litre à un litre à prendre par verre à madère dans la journée) ou par l'eau chloroformée.

Le régime lacté complète le traitement, seul ou coupé avec de l'eau de Vals ou de Vichy. La boisson la meilleure est le thé léger.

Dans la rectite, cette méthode donne également les meilleurs résultats. Chez les enfants, on emploie une solution de permanganate à 20 centigrammes pour 1000. Chez un enfant de trois ans, l'auteur s'est servi d'une solution à 15 centigrammes, et chez un enfant de deux ans, d'une solution à 10 centigrammes, dans les deux cas avec succès.

(Gazette des hôpitaux).

Dermatologie

Sycosis de la moustache et de la levre supérieure. Son origine nasale.

Par le Dr. DIDSBUY.

(Suite. — Voir le n° 19.)

Parmi nos observations, nous en choisissons une qui en résume un grand nombre d'autres et dans laquelle nous voyons les traits distinctifs de l'affection sur laquelle nous attirons l'attention, Voici cette observation.

Fr... Louis, 35 ans, conducteur d'omnibus. En avril 1894, sans causes notables, le malade s'aperçut d'un écoulement nasal, clair comme de l'eau, abondant surtout en hiver. Cet écoulement était très abondant, au point que toutes les minutes, ou toutes les deux minutes, il se formait une goutte qui coulait sur la moustache à ce moment forte et épaisse : cet écoulement resta clair, il ne devint jamais ni trouble, ni purulent. Au bout de deux mois que durait cet écoulement, la peau de la lèvre supérieure devint d'un rouge vif et la base de chaque poil se cercla d'une auréole blanche légèrement saillante.

Ces lésions de la lèvre étaient très exactement limitées aux parties sur lesquelles s'écoulait le liquide nasal. Il n'y eut jamais d'améliorations de la lésion cutanée, malgré la variété des pommades que le malade y appliqua.

Le 2 février 1895, le malade fut examiné. La respiration nasale est bonne ; de chaque côté les cornets inférieurs sont un peu gros et rouges. Après épilation, pendant tout le mois de février, des cautérisations ignées de la muqueuse des deux cornets furent pratiquées trois fois par semaine après badigeonnage cocaïné ; au bout du mois l'écoulement nasal, qui avait subi une exacerbation passagère après chaque cautérisation, est presque complètement tari, le sycosis est presque entièrement guéri. Il n'y a plus ni rougeur, ni gonflement, il subsiste une seule pustule en voie d'amélioration. La diminution de l'écoulement et l'amélioration de l'état de la lèvre, ont suivi une marche manifestement parallèle.

2 mars 1895. Le sycosis de la lèvre est complètement guéri. Le bord des narines est toujours rouge vif, mais sans traces d'érosions, ni de fissures. L'écoulement persiste encore quoique fortement diminué de quantité. Le malade a repris ses fonctions de conducteur d'omnibus. Nous pourrions multiplier aisément ces observations toutes à peu près semblables. Nous verrions dans d'autres observations des irrégularités dans la marche de la guérison, quand le malade abandonne son traitement pendant quelques semaines. Dans ces cas, sur une lèvre épilée, on voit reparaître de nouvelles pustules purulentes juste sur le trajet vertical que suit l'écoulement. Dans d'autres observations, nous verrions des guérisons passagères rien que sous l'influence de l'épilation et de l'application de pommades. Mais en dépit d'un certain nombre de malades observés et suivis, nous n'avons jamais pu recueillir une goutte de ce liquide, ne fut-ce que pour en apprécier la réaction au papier de tournesol. La cause de l'absence de toute donnée sur ce point important réside dans ce fait que l'écoulement se produit quand le malade se trouve à l'air, quand il marche contre le vent, en un mot dans les conditions inverses desquelles il se présente à l'examen, c'est-à-dire après avoir séjourné pendant un temps plus ou moins long dans une pièce chauffée.

Le diagnostic de cette forme de sycosis est aisé. Les premiers poils atteints sont ceux qui sont exactement sous le bord la narine. Les lésions sont bilatérales ou unilatérales ; elles sont comme intensité en rapport avec l'abondance de l'écoulement. Le côté dont l'écoulement est le premier tari, est également celui qui arrive le premier à la guérison. On voit donc, par ces constatations, la netteté de l'origine nasale de ces sycosis.

Il suffit pour éliminer toutes causes d'erreur de constater que le poil est bien au centre d'une papule blanchâtre légèrement saillante, le sycosis ayant pour siège anatomique le follicule pileux comme l'a montré Cazenave, il y a de longues années. Ce signe suffit à éliminer l'acné et l'eczéma, dont les manifestations ne sont pas localisées à la base d'un poil.

Le traitement consiste à détruire aussi complètement que possible la muqueuse du cornet inférieur, siège présumé de l'hypersécrétion. D'après les cas que nous avons observés, il est tout à fait inutile de s'attarder à un traitement médical ; les lavages astringents, les poudres astringentes ou prétendues telles, augmentent en

effet l'écoulement au lieu de contribuer à le tarir. Il faut donc aborder sans retard le traitement chirurgical, Il va sans dire que lorsqu'il existe une cause mécanique d'obstruction et surtout une queue de cornet hypertrophiée, il est de toute utilité de l'enlever. Dans les autres cas où il n'y a pas de lésions apparentes de la muqueuse du cornet inférieur on s'attachera à détruire celle-ci par des cautérisations répétées au galvano-cautère. Ce traitement agit soit par voie réflexe, par une forte excitation qui détruit l'influence vaso-motrice, alors que de faibles excitations la favorisent, soit directement en détruisant les glandes de la muqueuse et en transformant celle-ci en tissu cicatriciel. Ce traitement est assez long et demande d'assez nombreuses séances ; mais il est facile à supporter, grâce à la cocaïne et il ne force pas le malade à interrompre ses occupations. Lorsque le cornet est volumineux, assez voisin de la cloison, on peut craindre l'établissement de synéchies entre le cornet et la cloison. Pour obvier à cet accident, il faut surveiller le malade et interposer entre la cloison et le cornet des bandes d'une gaze quelconque. Dans ces cas, il est préférable, pensons-nous, d'enlever la plus grosse partie de cette muqueuse avec une pince à emporte-pièces, et porter le galvano-cautère sur le reste.

En résumé, nous nous efforçons de détruire la muqueuse du cornet inférieur de la façon la plus complète et la plus rapide possible, dans le but de tarir l'hypersécrétion nasale, cause de cette variété de sycosis.

(La France méd.)

Société medico-psychologique de Québec

Seance du 26 octobre 1899, tenue à l'asile d'aliénés Saint-Jean de Dieu, Longue-Pointe.

PRÉSIDENCE DE M. BURGESS.

(Suite)

OBSERVATIONS MÉDICO-LÉGALES.

M. VILLENEUVE : — J'ai l'honneur de présenter à la société les deux observations médico-légales suivantes :

Outrage aux mœurs, allégation d'irresponsabilité pour cause de folie et d'épilepsie, responsabilité, condamnation.

Au mois de mai dernier, je recevais instruction du magistrat de police de faire l'examen de l'état mental de H. C., pâtissier-décorateur, belge d'origine, accusé d'avoir publiquement offert en vente trois figures tendant à corrompre les mœurs, contenues dans une boîte. Ce délit est prévu par l'article 179 du code criminel et passible de deux ans d'emprisonnement.

Ces figures d'un caractère obscène par la prédominance donnée aux organes génitaux, étaient en sucre coloré et représentaient une femme et un homme nus, avec un chien. Une image de l'Enfant Jésus portant une croix était collée sur la boîte.

L'enquête a révélé les circonstances sous lesquelles le délit avait été accompli.

Le prévenu avait porté cette boîte chez un hôtelier en lui disant de la remettre à un nommé G. qui demeurait dans la maison et de réclamer la somme de 25 sous, prix convenu de la boîte, qu'il reviendrait ensuite lui-même percevoir.

L'hôtelier ouvrit la boîte, qui n'était pas enveloppée. En voyant le contenu, dont le caractère de lubricité voulue n'était que trop apparent, il fit appeler un agent de police, auquel il donna le signalement de H. C., dont le nom lui était inconnu. L'agent ne fut pas long à établir l'identité de H. C. Il se rendit à son domicile et entra en pourparlers avec lui, pour se procurer une boîte semblable. H. C. hésita d'abord en alléguant que ce genre de négoce

était très dangereux dans ce pays, à cause de la sévérité des lois ; qu'il n'en était pas de même dans son pays, où il n'avait qu'à faire des boîtes semblables pour se procurer de l'argent quand il en avait de besoin. Enfin il finit par consentir à faire une boîte semblable, pour un prix convenu. Sur ces entrefaites l'agent mit H. C. en état d'arrestation et le conduisit devant le magistrat. H. C. fut reconnu par l'hôtelier, comme l'individu qui lui avait remis la boîte.

A l'enquête, H. C. prétendit qu'il ne se rappelait de rien et il protesta de son innocence. Son frère affirma qu'il y avait des cas de folie dans sa famille et que le prévenu lui-même n'avait pas toujours la tête à lui et sa femme raconta qu'il avait eu des pertes de connaissance et elle sembla vouloir rattacher à l'épilepsie le délit dont son mari était incriminé.

Devant ces allégations, le prévenu fut soumis à l'examen médical, à la demande du consul de son pays.

Dans le cas actuel, nous avons donc à nous demander : 1° si le prévenu pouvait être généralement considéré comme aliéné ; 2° s'il était atteint d'épilepsie et dans l'affirmative, si c'était sous l'influence de la névrose qu'il avait commis l'acte dont il était appelé à répondre en justice.

Nous avons cherché la réponse à cette double question, dans l'examen personnel de l'inculpé et dans l'étude de son histoire et de ses antécédents héréditaires. Nous tenons ces derniers de l'inculpé lui-même et de son frère et quoiqu'ils ne nous ait pas été possible d'en contrôler l'authenticité, à cause de l'éloignement, nous croyons pouvoir les tenir pour véridiques.

H. C. demeure dans le pays depuis 3 ans, il est pâtissier-décorateur, âgé de 43 ans, marié depuis 20 ans et père de deux enfants, âgés respectivement de 10 et 17 ans. Son père officier dans l'armée était un fort buveur, il est mort subitement. La mère serait morte de phtisie pulmonaire. Une sœur est enfermée dans un asile depuis 14 ans ; elle serait devenue folle à la suite de troubles de ménage. Une sœur est d'une grande nervosité, elle aurait eu des crises nerveuses dont il est impossible de préciser la nature, faute de détails suffisants. Le frère que nous avons vu est un homme parfaitement correct, intelligent et jouissant d'une excellente réputation. H. C. a la figure asymétrique, il est de taille moyenne, malingre et paraît vigoureux. Il ne fait pas un usage immodéré de boissons fortes. H. C. ne présente rien d'anormal dans sa tenue ; son maintien est correct, mais sa contenance est visiblement embarrassée lorsqu'il paraît devant nous. Sa conversation est cohérente et rationnelle, il comprend le sens de toutes les questions et répond correctement. Sa mémoire est généralement bonne. L'exactitude des renseignements communiqués par lui sur sa famille et sur lui-même a été confirmé par le récit que nous ont fait subseqüemment sa femme et son frère. Il déclare avec empressement qu'il n'est pas responsable. Il comprend l'avantage de ses antécédents héréditaires, de ses pertes de connaissance (?) et il en fait ressortir l'importance avec une certaine habileté. Au cours de quelques visites que nous lui avons faites à la prison de Montréal, nous n'avons constaté chez lui, ni excitations ni dépression, ni délire, ni troubles sensoriels en un mot aucun désordre mental quelconque et il n'apparaît pas par l'interrogatoire que nous lui avons fait subir qu'il n'en ait jamais présenté.

Devant nous il maintient la même attitude qu'il avait prise devant le tribunal, c'est-à-dire qu'il ne se rappelait de rien. Mais il fut relativement facile par des questions posées à l'improviste au cours de l'examen, sur les différentes phases du délit d'obtenir de lui des réponses, lesquelles, réunies, faisaient un récit en tous points conforme à l'ensemble des faits rapportés à l'enquête. Il nous fit même l'aveu qu'il avait fait la boîte à la demande de S. et que ce n'était pas la première qu'il lui faisait. On peut par là affirmer que l'amnésie de H. C. est feinte. A la prison H. C. n'a été l'objet d'aucune remarque particulière de la part du personnel.

Nos recherches au sujet de l'aliénation mentale sont donc restées négatives. Nous n'avons constaté chez H. C. aucun symptôme qui puisse faire admettre qu'il soit atteint d'aliénation mentale. Son intelligence est suffisamment développée et elle n'est nullement pervertie.

J'ai interrogé sa femme et son frère, ils n'ont rapporté de lui aucun acte ou signe de folie. Sa femme dit que son existence a été régulière et sa vie sexuelle normale. Son frère soutient qu'il est entêté, vaniteux, exalté. Mais ce sont là des anomalies du caractère qui ne peuvent être assimilées à des symptômes de folie.

Cependant à la première question, on peut donc affirmer que H. C. ne peut être considéré comme un aliéné, qu'il est suffisamment intelligent pour apprécier la nature de ses actes et que sa volonté s'exerce librement.

Il nous reste maintenant à élucider la question qui concerne l'épilepsie.

Pour qu'un individu puisse être déclaré irresponsable du chef de l'épilepsie, il me semble que l'on doit établir : 1° Qu'il est atteint d'épilepsie ; 2° Que l'acte incriminé est en rapport direct avec une attaque d'épilepsie sous une quelconque de ses formes ; 3° Que l'acte présente les caractères qui accompagnent les phénomènes épileptiques ; 4° Ou, que l'épilepsie a imprimé à l'intelligence et au caractère des modifications permanentes.

Depuis son arrestation, un mois, H. C. n'a eu aucune crise nerveuse. Antérieurement, les renseignements se résument à trois faits très vagues et sur lesquels les détails manquent complètement ; une fois, il serait tombé en descendant un escalier, une lampe à la main ; une autre fois, sa femme l'aurait trouvé dans sa boutique, étendu par terre paraissant dormir ; une autre fois il aurait été ramené à la maison par des individus qui dirent à sa femme qu'ils l'avaient ramassé par terre, au moment où il venait de perdre connaissance. Jamais, pendant 20 années de mariage sa femme n'a remarqué chez lui aucun phénomène convulsif, ni rien qui approche d'un vertige ou d'une absence, rien non plus qui indique qu'il ait souffert d'épilepsie nocturne. En admettant comme réelle les trois pertes de connaissances, il n'est pas permis d'affirmer en l'absence de détails sur les phénomènes qui les ont accompagnés, qu'elles aient été de nature épileptique. Trois faits isolés d'un caractère peu précis, arrivés au cours de l'existence d'un homme âgé de 48 ans, peuvent permettre à la rigueur de poser un point d'interrogation, mais ne nous autorisent nullement à admettre que H. C. soit atteint d'épilepsie.

Le jour du délit, la femme de H. C. n'a rien remarqué chez lui qui ne fut pas habituel. En l'absence de la constatation de l'existence et de la réalité de la maladie, on peut rechercher si l'acte à les caractères d'un phénomène épileptique.

Les principaux caractères des manifestations épileptiques de toute nature, sont leur soudaineté, l'inconscience qui les accompagne et l'amnésie qui les suit. "Ce sont des actes brusques, soudains, irréfléchis, accomplis sans motifs, dont leur auteur n'a pas conscience, et dont il lui reste aucun souvenir ou qu'un souvenir très confus" (Vallon).

L'étude des circonstances sous lesquelles le délit a été commis, nous permet d'affirmer, par l'absence de ces caractères, qu'il ne s'agit pas là d'un acte qui puisse être rattaché à la névrose comitiale.

Nous y trouvons en effet un acte prémédité, accompli par intérêt, avec toutes les apparences de la lucidité, avec même la notion de sa gravité et dont le souvenir malgré les dénégations a été conservé. Ce n'était aussi que la répétition d'actes identiques ayant le même mobile, l'exploitation de la lubricité d'autrui, pour un profit pécuniaire.

Ce commerce était connu de son frère qui avait cherché à l'en

détourner, "Je lui avais bien dit qu'il finirait par se laisser prendre," a-t-il laissé échapper en notre présence.

Donc, même, tout en présumant que H. C. serait épileptique, l'acte qu'il a commis n'a pas les caractères d'un phénomène épileptique et ne peut pas, par conséquent, être rattaché à la névrose.

Le prévenu invoque son hérédité : Le frère que nous avons vu est un homme parfaitement correct. Le prévenu ne semble en différer que par quelques anomalies de caractère et ses dispositions morales. Il semble donc que l'influence héréditaire ne puisse être invoquée que théoriquement en faveur d'une modification de sa responsabilité. L'aliénation mentale et l'épilepsie étant mises à part.

CONCLUSION : — 1° H. C. n'est pas atteint d'aliénation mentale.

2° Le délit dont il est incriminé n'est pas un acte pathologique né d'une impulsion irrésistible et malade ou inspiré par des mobiles délirants. Il relève de mobiles, qui sont parmi les facteurs ordinaires de causalité des actes criminels, l'intérêt et la cupidité.

Débilité mentale, absence complète de sens moral, deux condamnations ; nouvelle arrestation, examen médical. irresponsabilité, internement.

E. L. est amené devant la cour de police sous l'accusation d'avoir dérobé une certaine somme d'argent à son bourgeois. Interrogé, il reconnaît s'être approprié cette somme, mais il donne, pour se justifier, des raisons que le juge ne peut reconnaître comme émanés d'un esprit sain. Le magistrat ordonne en conséquence l'examen de l'état mental de E. L. et l'expertise m'est confiée.

E. L. a déjà un dossier judiciaire qui nous apprend les condamnations suivantes : le 5 octobre 1888, école de réforme, 5 ans, pour vol ; le 25 mars 1894, prison, 6 mois, pour vol ; le 4 août 1896, pénitencier, 3 ans pour vol avec effraction.

E. L. est de taille moyenne, bien constitué et vigoureux. A part l'exagération du volume du lobule des oreilles, il ne présente pas de malformation bien évidente.

Il ne sait ni lire ni écrire, mais sait compter un peu. Sa mémoire a acquis un certain développement, il donne des renseignements sur son existence, peu nombreux, il est vrai, car il n'est pas prolige, mais exacts. Cependant, ce n'est qu'après plusieurs entrevues que j'ai pu lui en faire constituer le récit. Il comprend le sens des questions et répond exactement. Sa conversation est cohérente, mais on peut dire qu'il ne brille pas par la spontanéité intellectuelle, ni par l'ampleur du cercle de ses idées, qui est assez restreint, au contraire.

Sa pauvreté intellectuelle se révèle surtout à l'égard des facultés dites supérieures. Il n'a pas de pouvoir : le raisonnement, la généralisation et surtout le jugement, principalement quant à l'aspect moral de ses actes, sont marqués au coin de l'insuffisance la plus absolue. Il manque complètement de la faculté d'adaptation aux différentes circonstances de la vie et le sens moral fait totalement défaut. Il raisonne les délits qu'il a commis, comme s'il n'avait jamais pu acquérir aucune notion de moralité. Il est évident que chez lui, l'arrêt du développement de l'intelligence, qui est d'origine congénitale, a plus affecté les facultés morales et les facultés intellectuelles dites supérieures, que les facultés morales et les facultés intellectuelles dites élémentaires (Magnan). N'était-ce cette absence de sens moral et ce défaut d'adaptation, il aurait peut-être pu se servir normalement de la part restreinte d'intelligence qui lui a été dévolue et mener une existence régulière, si peu brillante qu'elle eut été.

Tel qu'il est, on peut affirmer, aux termes du statut, que E. L. est atteint d'imbécillité naturelle au point de le rendre incapable d'apprécier la nature de son acte et de se rendre compte que son acte était mal, et que par conséquent il est irresponsable, tant au point de vue médical.

Cette conclusion a été acceptée par le tribunal et E. L. a été colloqué à l'asile.

Nous avons cru intéressant de connaître l'opinion des directeurs des établissements où E. L. a été détenu.

Le directeur de l'école de réforme nous a écrit dans les termes suivants :

" Nous avons eu parmi nos jeunes délinquants un enfant du nom de E. L. ; il a été dans notre école du 5 octobre 1888 au 5 octobre 1893 et a appris le métier de ferblantier ; mais il a été impossible de lui enseigner le métier comme il faut, ou de réformer son caractère à cause de la faiblesse de son intelligence, ses compagnons le considéraient comme fou et s'en défiaient quelque peu à cause de sa bizarrerie et de sa violence dans ses moments d'emporcements. Il avait douze ans quand il a été condamné ; il n'avait pas fait sa première communion et comme caractère apparent on a noté simple. Il avait été à l'école pendant trois ans, mais ne savait ni lire, ni écrire. Le jeune homme a été condamné pour vol de tabac."

Nous devons à l'obligeance du préfet du pénitencier, les renseignements suivants :

" E. L. a servi près de trois ans de détention au pénitencier. C'est comme vous le dites un simple d'esprit qui arrive à l'imbécillité complète. Il était à peu près impossible de lui faire comprendre et suivre les règlements disciplinaires de l'institution. Avant mon arrivée il était presque continuellement dans les cellules de punition, donjon, etc., pour infractions aux règlements. Après avoir constaté son état mental, j'ai dû le traiter en conséquence. Il était très insoumis, pas méchant. Dans mon opinion, il serait mieux à l'asile qu'au pénitencier."

Il semble que ce malheureux doit être ajouté à la liste déjà trop longue, des aliénés déjà méconnus et condamnés, ayant subi la totalité de leur peine. Il n'a dû qu'à la haute intelligence et aux sentiments humanitaires du savant magistrat devant lequel il a comparu en dernier lieu, d'échapper à une nouvelle condamnation.

E. P. CHAGNON, secrétaire.

FORMULAIRE

BRONCHORRHÉE. — Maragliani.

Acide benzoïque..... 30 grains.
Tanin..... 15 —

Pour faire 5 poudres.

Dose : Une à prendre toutes les deux heures.

(Medical Review.)

TUBERCULOSE RÉNALE. — Goldberg.

Ichtyol } de chacun..... 4 drachmes.
Eau distillée }

Dose : 10 à 70 gouttes dans de l'eau après les repas.

(Berlin, Klin. Woch.)

NOUVELLE.

— Il est rumeur que Sa Grandeur monseigneur l'archevêque Bruchési, reconnaissant les services qu'un cours de théologie médicale doit rendre aux médecins, s'occupe activement de fonder cette nouvelle chaire, ou au moins de faire donner à l'université, pour cette année, par un théologien, des conférences médico-théologiques. Espérons que cette rumeur n'est pas fausse.

SOMMAIRE

	PAGE:
TRAVAUX ORIGINAUX	
Coq-à-l'âne médicaux.....	177
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Sur la fécondité de l'haleine. — L'hépatoptose	178
CHIRURGIE : Diagnostic différentiel du sarcome du sein et du cancer, par Tillaux. — Nouveau traitement opératoire des ulcères variqueux de la jambe, par Bardezen (de Bucarest).....	179
GYNÉCOLOGIE : Néoplasme de l'ovaire, par G. Bouilly.	180
PÉDIATRIE : Diagnostic de la tuberculose du premier âge.....	181
THÉRAPEUTIQUE : De la galvanisation cérébrale. — Traitement du rachitisme par l'ingestion de capsules surrénales	182
DERMATOLOGIE : Traitement du psoriasis, de l'eczéma et du prurit par des injections sous-cutanées de sérum artificiel.....	182
REVUE PROFESSIONNELLE.....	182
QUESTIONS ET REPONSES.....	183
NOUVELLES.....	184

Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

Le *Centralb. für Gynak.* rapporte un cas de mort à la suite d'une douche intra-utérine post partum, d'une solution de 1 % de lysol, chez une primipare. La personne succomba 10 jours après l'injection.

La guérison radicale des ulcères variqueux peut s'obtenir 1° par les procédés de Phelps et de Madeling, c'est-à-dire la ligature sous-cutanée multiple des veines, associés à l'excision de certains pelotons variqueux ; 2° par l'opération de Trendelenburg qui lie la saphène ; 3° par la méthode de Fergusson qui ligature la saphène en deux endroits près de la fémorale et sectionne entre les fils ; puis 4° par celle de Shede qui pratique une incision circulaire cutanée tout autour de l'ulcération, jusqu'au fascia ; les vaisseaux sont attachés et la plaie recousue.

Le signe d'Oliver, d'après Frankel (*Centralb. für In. Med.*), serait pathognomique dans certaines formes d'anévrismes de la crosse de la aorte, alors que d'autres symptômes font défaut. Ce signe serait plus frappant lorsque l'anévrisme vient en contact avec la paroi de la trachée et la bronche gauche ; et encore lorsqu'il siège sur la crosse, à l'entrecroisement avec la paroi antérieure de la trachée, surtout lorsqu'il y a des adhérences trachéo-aortiques. Le symptôme d'Oliver est un mouvement d'abaissement systolique du larynx ; pour le trouver, le patient, la bouche fermée, incline la tête en arrière et le médecin saisit le cartilage thyroïde entre l'index et le medius, en faisant un peu de traction ; le choc est alors nettement senti.

Le signe de Fermoy dans le diagnostic précoce de la grossesse. Basé sur la consistance inégale dans certaines parties du corps utérin ; le diamètre antéro-postérieur est plus long d'un côté que de l'autre et il y a une rainure centrale. Dans l'avortement, après

l'expulsion, et dans la grossesse ectopique, ces deux signes font défaut.

Le goître. Conclusions de Bouffeur (*Médecine*) : 1° Le succès du traitement dépend d'un diagnostic précoce et précis de la nature du goître ; 2° la forme strumeuse sera combattue par l'usage interne d'iode ou d'extrait de thyroïde et par les injections intraglandulaires d'iodoforme ou d'acide carbolique ; 3° si on échoue, il faut s'adresser à l'énucléation ou à la thyroïdectomie partielle ; 4° l'adénome, petit, demande l'énucléation ; gros, la thyroïdectomie partielle ; 5° Les kystes seront vidés et on pratiquera des injections d'acide carbolique ou d'iodoforme ; 6° éprouve-t-on un échec, il faudra énucléer ; 7° le sarcome et le carcinome exigent une extirpation radicale de la glande et l'usage subséquent de l'extrait thyroïde ; 8° le traitement médical du goître exophthalmique paraît inférieur à l'intervention chirurgicale ; 9° le diagnostic de la forme du goître n'est-il pas fait, il faudra débiter par l'iode et l'extrait thyroïdien et opérer à bonne heure s'il y a lieu ; 10° le traitement chirurgical de toutes les variétés du goître est celui qui habituellement donne les résultats les plus satisfaisants.

Le symptôme de Bogni est un bruit de friction particulier que l'on obtient en palpant l'abdomen ; en saisissant les parois, une main de chaque côté, et en pressant vers la ligne médiane avec un léger mouvement de va et vient, on perçoit une crépitation douce. On retrouve ce symptôme dans les catarrhes intestinaux ; Bogni l'avait signalé comme diagnostique de la rougeole ; mais il n'existe dans cette maladie que lorsqu'elle débute par la diarrhée.

Le symptôme de Koplik a plus de valeur que le précédent, dans le diagnostic précoce de la rougeole ; il est caractérisé par une éruption de petites taches irrégulières rouge vif, ayant au centre un tout petit point blanc-bleuâtre, qui se retrouve sur la muqueuse buccale et labiale. Ces taches sont au début discrètes, puis confluentes ; et elles disparaissent peu à peu à l'apparition de l'exanthème cutané. (*Médecine.*)

H. C. Wagner, dans le *Cleveland J. of Médecine*, parle de l'auscultation de la cavité buccale ; le stéthoscope est tenu par les lèvres du patient.

Le plus grand géant du monde vient de mourir ; il avait huit pieds huit pouces.

Les paralysies qui suivent l'anesthésie générale. Leszynski dit que pour les prévenir on doit éviter la compression 1° sur le plexus brachial, causée par l'élévation prolongée des bras au-dessus de la tête ; 2° des courroies ou des appuis pour les épaules ou les membres inférieurs ; 3° lorsqu'on place le bras du patient sous sa tête ; 4° sur le rebord de la table, en laissant pendre un membre, etc.

Hamilton (*Phil. Med. J.*) rapporte un cas d'absence des deux clavicules, chez une personne de 38 ans.

Pour mettre sur la piste du *myxœdème*, Chapman (*Lancet.*) signale une apparence particulière, humide, quasi gâcheuse, de la conjonctive oculaire, due à la présence de mucine.

La méthode de Brant Peas Leine pour *conserver les cadavres* donne d'excellents résultats, tant au point de vue de la conservation des tissus qu'à celui de l'innocuité des piqûres anatomiques. La solution employée est la suivante : 100 grammes d'acétate de soude, 400 grammes de glycérine, 600 cc. d'eau et 4 à 10 % de formoline. Les narines et la bouche du sujet sont fermées par des tampons de ouate humectée de formol. L'injection se fait avec un irrigateur ordinaire, par la carotide, et le liquide s'échappe par la jugulaire incisée. Il faut de 3 à 8 litres de liquide par cadavre. (*J. Am. Med. Ass.*)

La méthode suivante, due en partie à F. Allen (*Bull. Cleveland Gen. Hosp.*) permet de conserver les organes avec leur couleur naturelle : 1° la pièce doit être débarrassée de toute tache de sang ou de substances étrangères, par un lavage à l'eau courante ; 2° on la plonge, une fois nettoyée, dans une solution de formoline à 40 % et on l'y laisse 24 heures ; 3° alcool 50 % pendant 3 heures ; 4° alcool 96 % pendant 5 heures à une température de 95° F. Dans ce dernier bain, les tissus reprennent leur coloration primitive ; 5° solution d'acétate de potasse et de glycérine (acétate de potasse 30 p., glycérine 60 p., eau distillée 100). Cette solution fixe définitivement la coloration. L'organe peut maintenant être conservé dans un liquide préservateur. (Bouillir 50 gms. de gélatine et 300 cc. d'eau et ajouter 175 cc. d'une solution d'acétate de potasse ; filtrer et ajouter 300 cc. de glycérine). (*J. Am. Med. Ass.*)

M. Stone (in *J. Am. Med. Ass.*) donne son expérience avec la *méthode de Schleich* pour produire l'anesthésie générale. La solution employée se formule ainsi : chloroforme 30 cc., éther 80 cc., benzine 15 cc. Il administre l'anesthésie avec un masque spécial sur l'emploi duquel il insiste. L'effet est obtenu, en moyenne, dans 8 minutes ; les patients s'endorment paisiblement et rapidement, et le réveil est très prompt.

Prolapsus de l'utérus. Dans le *British Medical Journal*, Inglis Parsons signale une nouvelle méthode de traitement, qui consiste à injecter une solution de sulfate de quinine (1 dans 5) dans la base de chaque ligament large. Il a traité 18 cas par cette méthode, qui a pour but de créer de l'irritation locale et un épanchement de lymphes plastique qui s'organise et raccourcit les ligaments.

Glück rapporte un cas de *teigne favreuse du pénis*, nouvelle preuve que cette maladie peut se rencontrer là où le poil manque.

Le *Scientific American* conseille, paraît-il, un moyen infaillible de prévenir et de guérir le *mal de mer* : c'est de porter des lunettes à verres rouges, qui congestionneraient le cerveau, faisant ainsi disparaître l'anémie cérébrale du mal de mer. Avis aux futurs européens !

Le peroxyde d'hydrogène. — A part la douleur que cause l'injection du peroxyde dans les cavités ou trajets à petites ouvertures, il y a du danger que, par la surdistension de la cavité et la friabilité de la paroi, le gaz développé ne franchisse les limites de la lésion et n'entraîne l'infection au loin. (*Spencer.*)

Vaccination hypodermique. — Le docteur F. Gardner, de Portland, Me., rapporte les bons résultats obtenus dans plusieurs cas en

se servant de la seringue hypodermique pour injecter la lymphe sous la peau. La méthode est plus rapide, plus propre, et laisse une cicatrice plus fine. Il conseille beaucoup cette voie qui agit souvent là où la scarification manque son effet. Le docteur Brennan a suggéré et employé cette méthode dès 1893 (*J. Amer. Public Health Ass.*, avril 1895.) et s'en est bien trouvé.

Ben gréyé. — Au dire de la *Gazette médicale de Paris* c'est le czar qui aurait le plus de médecins à son service : il y a un médecin en chef, dix médecins honoraires ; trois chirurgiens, quatre chirurgiens honoraires ; deux oculistes, deux médecins de la cour, trois spécialistes pour la czarine et... deux chiropodistes. Tous des sommités ! à part... les pédicures !

La lumière rouge en thérapeutique. — L'on rapporte d'Allemagne (*Lancet*) quatre cas de rougeole où l'effet des rayons non actiniques, rouges et jaunes, fut bien nettement curatif, l'éruption disparaissant et les symptômes cédant dans quelques jours. Le phototherapie, comme on le sait, est à l'ordre du jour, et est un traitement de l'avenir.

La crèche. — Nous regrettons d'apprendre—ce n'est peut être qu'une rumeur—que les docteurs Cormier et Dubé qui faisaient le service à la crèche de la Maternité, se sont retirés. Les grandes peines et le dévouement que le docteur Cormier, surtout, a mis à l'installation de cette importante section de la pédiatrie, n'auraient-ils servi à rien ? Nous ne pouvons croire que tant de persévérance ait produit un résultat nul, même négatif, comme on le fait voir. Qui nous renseignera ?

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Sur la fétidité de l'haleine.

Les maladies qui entraînent la fétidité de l'haleine sont très diverses. Les affections des voies digestives comme celles des organes respiratoires se produisent très fréquemment. Cependant les maladies de la nutrition et celles des voies urinaires peuvent s'accompagner de ce symptôme.

Parmi les affections des voies digestives, il faut signaler, en première ligne, les maladies des dents, la carie, la périostite, la pyorrhée alvéolaire, l'accumulation du tartre, le manque de soins, l'anomalie de position des dents, la stomatite ulcéro-membraneuse, l'enduit subburral de la langue dans les cas d'embarras gastrique, de constipation, d'ulcération, les maladies de l'œsophage et de l'estomac, dilatation atonie, cancer.

La fétidité de l'haleine accompagne très souvent les affections des voies respiratoires. Il en est ainsi des bronchites fétides, des dilatations bronchiques, des cavernes. Cependant on observe encore cette fétidité assez souvent dans le catarrhe des sommets sans qu'il donne lieu à une expectoration abondante. Très souvent les affections du nez sont les causes de la fétidité, l'ozène par exemple.

Parfois on l'observe dans la cystite, dans la paralysie de la vessie ; il s'agit alors probablement des produits de décomposition qui sont formés dans la vessie, puis qui sont résorbés et éliminés par l'air d'expiration.

La fétidité qu'on observe assez souvent dans l'urémie reconnaît la même cause ou bien encore la stomatite urémique. L'haleine prend une odeur spéciale dans certaines maladies de la nutrition : dans le diabète où elle prend l'odeur des pommes blettes, lorsqu'il existe de l'acide diacétique dans l'urine. Dans la chlorose elle offre une odeur fade, douceâtre, qui s'attache au linge et qui paraît tenir à la présence du scatol.

Le traitement doit d'abord s'adresser aux maladies causales ; nettoyage de la bouche, des dents, prothèse ; on doit soigneusement enlever les restes alimentaires qui peuvent séjourner dans l'interstice des dents. Un bon rinçage de la bouche doit suffire pour nettoyer la langue. On doit éviter d'avoir recours aux instruments de grattage qui produisent facilement des lésions. Il est irrationnel de vouloir combattre la fétidité par des pastilles odorantes qui ne masquent l'odeur que d'une façon passagère. Dans les affections stomacales liées à la stagnation des infections, il faut employer les antiseptiques, la créosote, le menthol, etc., et même faire des lavages d'estomac avec les substances appropriées dans les cas sérieux. S'il existe de la constipation, il faut la combattre. Dans les cas d'insuffisance du cardia qui s'accompagnent d'éruptions, l'auteur recommande la faradisation qui a été employée avec succès. Chez beaucoup d'individus, la fétidité se produit après avoir longtemps parlé ou par suite de la faim ou encore d'une excitation intellectuelle ; ce qui réussit alors le mieux, c'est l'ingestion d'une petite quantité de nourriture, un morceau de chocolat ou de sucre suffit alors à faire disparaître ce symptôme désagréable.

En général, dans ces cas, il existe un gonflement de la muqueuse nasale qui empêche la respiration de se faire par le nez : il faudra donc chercher à supprimer cet obstacle.

En général, il faudra d'abord rechercher, en cas de fétidité de l'haleine, si la respiration est nasale ou principalement buccale. Dans ce dernier cas, il faudra inviter les malades à s'habituer à respirer par le nez, et souvent il faudra supprimer certaines causes locales de cette respiration défectueuse.

(France méd.)

L'hépatoptose.

L'hépatoptose est une affection, qui ne se rencontre guère que chez la femme et surtout chez celles qui ont eu des grossesses répétées ou sont atteintes d'éventration.

Cette affection vient d'être l'objet d'une étude spéciale de la part du Dr Sangline qui a fait sa thèse sur ce sujet. Il signale, comme le plus commun des symptômes, la sensation d'une pesanteur habituelle et d'un tiraillement constant vers l'hypochondre droit ; la douleur s'exagère par les moindres mouvements et irradie dans différentes directions. Le décubitus latéral droit n'est pas toléré, et les vomissements, le manque d'appétit sont fréquents.

Il y a quelquefois des accès paroxystiques accompagnés des troubles digestifs les plus variés.

Les signes physiques sont très importants et décident du diagnostic, quand l'apparition d'un ictère, dû à la coudure ou à la torsion du cholédoque, fait songer à une colique hépatique.

Dans l'hépatoptose l'inspection de l'abdomen fait constater la forme du ventre en besace ; il y a de l'asymétrie due au volume du foie.

Par la palpation on sent au voisinage de l'ombilic et dans l'hypochondre droit une tumeur. En général, le foie descend en masse, et sans exécuter autre chose qu'un mouvement de bascule. Il de vient rétro-ombilical ; sa face supérieure convexe reste supérieure et le bord tranchant reste antérieur. Mais le foie peut également se renverser.

A part les cas aigus de luxation du foie pouvant amener la mort rapide le pronostic de l'hépatoptose est en général bénin.

Mais la persistance de cet état anormal, la difficulté qu'on a d'y remédier, rendent cette affection douloureuse, gênante et en font une source de troubles multiples à répétition.

Dans quelques cas les malades se sont très bien trouvées du port de ceintures avec pelote en forme de croissant.

(Gazette de gynécologie).

CHIRURGIE

Diagnostic différentiel du Sarcome du sein et du Cancer.

Par TILLAUX.

"On peut résumer synthétiquement pour ainsi dire le diagnostic du cancer et du sarcome."

SARCOMES

I. — La tumeur est comme pédiculée et tend à saillir de plus en plus ; on peut saisir le sein et la tumeur sans que la mamelle reste accolée au thorax.

II. — Si la tumeur augmente, le pédicule ne s'étend pas dans ses divers diamètres.

III. — On observe à la surface de la peau des veines dilatées et bien apparentes.

IV. — Adhérences très tardives ou nulles de la peau.

V. — Le mamelon fait saillie ; dans quelques cas, il est effacé, non par rétraction de l'organe, mais par distension de la tumeur. On peut en attirant la peau en arrière, rendre au mamelon son aspect normal.

VI. — Consistance molle, parfois presque fluctuante.

VII. — La tumeur est nettement limitée, mobile sur la glande capsulée.

VIII. — Elle peut acquérir un volume énorme.

IX. — Il n'y a presque jamais d'adénite axillaire (Coyne et Labbé disent jamais).

X. — Si la tumeur s'ulcère, la peau cède par distension ; les bords cutanés de l'ulcération sont décollés et par l'orifice la tumeur bourgeonne largement sous forme de "champignon"

CANCER

I. — La tumeur est comme "plaquée" au devant du thorax ; le sein est peu saillant, tend plutôt à se rétracter et n'est pas énucléable avec la glande.

II. — La tumeur s'étend surtout par sa base.

III. — On n'observe pas de dilatation du réseau veineux, mais parfois des tractus blanchâtres qui sont peut-être des vaisseaux lymphatiques dégénérés.

IV. — Adhérences précoces de la peau (peau d'orange).

V. — Le mamelon est rétracté (signe précoce).

VI. — Consistance dure souvent ligneuse.

VII. — La tumeur n'est pas limitée ; elle est en continuité avec la glande et souvent diffuse.

VIII. — Elle peut acquérir un volume notable rarement très considérable.

IX. — Adénopathie précoce, dure.

X. — Ulcération par envahissement de la peau qui est pour ainsi dire absorbée. Ulcération en cratère, taillée à pic, profonde.

(Gazette de gynécologie)

Nouveau traitement opératoire des ulcères variqueux de la jambe.

Par BARDESEN (de Bucarest).

L'auteur a été amené à sa méthode de traitement en étudiant la pathogénie de l'ulcère variqueux de la jambe.

L'opération de Trendelenburg a donné parfois de bons résultats mais elle ne suffit pas. La pathogénie de l'ulcère variqueux représente un état pathologique très compliqué, car, en dehors des altérations anatomo-pathologiques des vaisseaux, on a encore affaire à des lésions graves des nerfs. Le traitement doit tenir compte aussi de ces lésions.

C'est ce principe qui a guidé l'auteur dans les deux cas suivants :

Le premier concernait un paysan de 45 ans, reçu le 19 septembre 1897. Le malade avait depuis huit ans, à la jambe, une tuméfaction chronique recouverte d'un détritit gangréneux. Le tibia était un peu épaissi. Le 28 septembre on procède à la résection de la veine saphène au tiers moyen de la jambe. Le 8 octobre en employant la narcose chloroformique, on fait à l'aide du doigt l'extension du nerf péroné, derrière la tête du péroné, au-dessus des branches terminales du nerf. Après l'extension le nerf a été effilé et les fascicules séparés avec le bistouri afin de détruire autant que possible les vaisseaux variqueux du nerf. On a ensuite remis le nerf à son ancienne place et fermé la plaie. Les bords calleux de la tuméfaction commencèrent à s'épurer. Le malade était guéri le 27 novembre ; à la place de la tuméfaction il existe une cicatrice.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'un homme de 50 ans qui avait des varices aux deux jambes, de l'eczéma, un ulcère chronique de la jambe gauche. L'œdème variqueux existait depuis 7 ans, l'eczéma depuis 6 ans et la tuméfaction depuis quatre ans. Les procédés de résection et d'extension furent les mêmes que dans le premier cas. La guérison a eu lieu au bout de 26 jours.

L'auteur croit cependant qu'on pourrait faire la résection de la veine saphène et l'extension du nerf dans une seule séance. En ce qui concerne le choix du nerf on doit choisir toujours celui qui prédomine dans la région affectée.

(Centralblatt für Chirurgie).

GYNECOLOGIE

Néoplasme de l'ovaire.

Par G. BOUILLY.

Dans les affections chroniques de l'utérus et particulièrement au cours des métrites, on observe assez fréquemment des phénomènes se produisant à distance de la zone génitale et faisant partie de l'ensemble des accidents connus sous le nom de *syndrome utérin*. Ces phénomènes consistent le plus souvent en troubles du côté de l'estomac, en modifications du système nerveux, en production de réflexes variés pouvant porter sur divers organes ; la dyspepsie, les troubles de la sensibilité, la neurasthénie, certaines formes de toux quinteuse, paraissent devoir être nettement rattachées dans un certain nombre de cas à des lésions génitales. Quelquefois même, ces troubles à distance peuvent prédominer à tel point qu'ils peuvent jouer le rôle principal et masquer la lésion initiale, et, chose plus remarquable, ils semblent pouvoir exister alors même que la malade n'accuse pas de symptômes génitaux : Pendant longtemps, j'ai été réfractaire à cette idée et je ne consentais guère à admettre la production de réflexes sans une lésion génitale et de troubles à distance en l'absence d'une lésion locale même petite, mais s'accompagnant soit de douleurs, soit de pertes sanguines ou d'altération des sécrétions, capables, en un mot, d'impressionner le système nerveux par les troubles de la sensibilité ou par le mécanisme de l'anémie ou de l'infection. Et, cependant, force est d'admettre dans quelques cas la relation de cause à effet entre des troubles à distance plus ou moins accentués et forçant l'attention, et des lésions génitales latentes qui ne se révèlent par aucun symptôme et qu'il est nécessaire de chercher et de trouver.

Quand un examen minutieux des organes influencés n'en fait reconnaître aucune lésion et quand l'ablation de la lésion génitale fait instantanément disparaître les symptômes du côté des organes éloignés, il faut bien admettre la réalité du fait et ne pas rejeter la relation parce qu'on ne saurait l'expliquer.

Ces troubles réflexes semblent être surtout produits par les lésions utérines chroniques ; on peut cependant les observer aussi comme conséquence d'une lésion annexielle néoplasique, non douloureuse par elle-même et ne provoquant aucun trouble local. J'ai été très frappé dans ces derniers temps par l'observation clinique d'un fait de ce genre que je demande la permission de rapporter avec quelques détails.

Il s'agit d'une dame de 54 ans, bien constituée, d'une très bonne santé habituelle, n'ayant eu qu'une grossesse sans incident à l'âge de 20 ans. Cette dame est venue me consulter il y a 4 ans pour quelques troubles utérins, sans importance. A cette époque, j'avais constaté la présence d'un utérus fibromateux sans complication d'accidents et donné le conseil à la malade de ne rien faire de chirurgical. Elle s'était bien trouvée et n'avait eu aucun phénomène utérin ; les règles se sont supprimées sans incident il y a 3 ans.

Au mois de novembre ou dans les premiers jours de décembre 1898, elle présenta des accidents généraux subaigus mal caractérisés qui furent mis sur le compte de la grippe, sans que jamais l'on trouvât une vraie localisation grippale.

Cet état persista en janvier et février 1899 ; il était surtout caractérisé par une fièvre continue ; la température s'élevait le soir à 38° ou 38°5 et retombait le matin à 37° ou 37°5. En outre, plusieurs fois dans l'après midi et surtout entre 4 et 5 heures la malade est prise d'une espèce de quinte de toux fatigante avec nausées ; cette crise, très pénible, se répète presque tous les jours. L'appétit est médiocre ; cependant la malade continue à manger chaque jour un peu et même des aliments solides ; de même, elle passe levée une partie de la journée.

Son médecin ordinaire, le Dr. Marquezy, et M. le Dr. Duguet, appelé en consultation, ne peuvent faire de diagnostic médical satisfaisant et, ne trouvant aucune lésion capable d'expliquer cet état, me prient d'examiner cette malade que je vois pour la première fois dans les premiers jours de mars 1899.

En outre des phénomènes généraux déjà décrits, je constate les faits suivants : il n'y a aucune douleur spontanée du côté de l'abdomen et il n'y en a jamais eu. Le ventre n'est pas ballonné et rien à première vue ne pourrait attirer l'attention de ce côté. Au palper, on constate à travers une paroi abdominale très épaisse que l'utérus est augmenté de volume et irrégulier ; par le toucher et le palper combinés, on perçoit, en arrière et à gauche de l'utérus, une masse faisant saillie dans le cul-de-sac postéro latéral gauche et remontant à environ 4 travers de doigt au dessus de l'arcade crurale. Cette masse est nettement distincte de l'utérus ; elle est molle, pâteuse, non fluctuante, indolente par le toucher vaginal, un peu douloureuse en haut et à gauche par le palper de l'abdomen.

Du côté droit, on ne sent rien. Je pense qu'il s'agit d'un vieux kyste dermoïde, et je conseille d'en faire l'ablation par la laparotomie.

La malade est revue le 17 mars ; l'état général et les symptômes locaux sont les mêmes qu'au moment du premier examen ; l'opération est acceptée.

Elle est pratiquée le 23 mars à la Maison de santé de la rue Blomet, en présence du Dr. Marquezy. Malgré la position renversée sur le plan incliné, les anses intestinales s'éloignent peu de la région opératoire et doivent être repoussées par des compresses. On trouve : 1° un fibrome du volume du poing pédiculé sur le fond de l'utérus ; 2° un autre fibrome du volume d'un œuf pédiculé sur son bord droit : ces deux fibromes sont enlevés au thermo-cautère après une ligature solide à la soie ; 3° très bas, en arrière et à gauche du

corps utérin, lui-même fibromateux, une tumeur de l'ovaire gauche du volume et de la forme environ d'un rein facile à pédiculiser.

Cette tumeur est amenée à l'extérieur et son pédicule, sain, sans apparence de néoplasie, représenté par le pédicule ligamenteux ovarien, est coupé au thermo-cautère après ligature à la soie.

Du côté droit, il n'y a pas apparence de tumeur. L'hémostase est parfaite.

Fermeture de la paroi sans drainage ; deux plans de suture au catgut ; crins de Florence sur la peau. La paroi abdominale est épaisse et grasse. Durée de l'opération 35 à 40 minutes.

La tumeur coupée dans toute sa hauteur est entièrement solide et ne renferme dans la profondeur ni kystes, ni parties ramollies ; elle est entièrement charnue, blanc-rosée à la coupe, et a tout-à-fait l'apparence d'un sarcome de l'ovaire. La trompe est saine, située à la face antérieure de la tumeur.

Suites opératoires extrêmement simples. Dès le lendemain, chute immédiate de la température, qui ne s'est plus jamais relevée au-dessus de 37°. Disparition complète des phénomènes réflexes de toux et de nausées qui se reproduisent tous les jours.

Ablation des fils le 30 ; très bonne réunion et cicatrice solide.

La malade commence à se lever le 10 avril et quitte la Maison de santé le 17 en parfait état, sans aucune douleur, ni aucun malaise, complètement débarrassée de tous les troubles bizarres et inexplicables dont elle souffrait depuis plusieurs mois.

Je faisais suivre cette observation des quelques réflexions suivantes auxquelles je ne crois rien devoir changer. Il est bien curieux, écrivais-je à la suite de mes notes, de voir chez cette malade l'existence prolongée de la fièvre, des nausées, de la toux quinteuse, presque périodique, et régulièrement intermittente tous les jours, douleur abdominale, sans péritonite décelée par l'opération. On ne peut pas admettre que ces phénomènes étaient déterminés par les fibromes sous péritonéaux pédiculés, existant d'ancienne date et longtemps compatibles avec une santé parfaite. Il faut plutôt accuser le développement du néoplasme ovarien solide dont la présence agaçait le péritoine et provoquait les réflexes de toux et de nausées.

Il reste toujours un point obscur, à savoir l'explication de la fièvre. Dans toutes les parties — fibromes et néoplasme ovarien ou annexes — il n'y avait rien de septique ; il faut donc admettre que cette fièvre était due au développement ou à la présence du néoplasme de l'ovaire ou qu'elle était liée à des troubles de calorification d'origine vaso-motrice provoqués par des réflexes partant du péritoine. Pour certains auteurs, cette observation pourrait venir à l'appui de la doctrine de la " Fièvre des néoplasmes. "

Il y a déjà assez longtemps, Estlander a appelé l'attention sur l'élévation thermique locale que déterminent les sarcomes et sur le mouvement fébrile général dont peut s'accompagner leur développement, surtout quand il est rapide.

Peu de temps après, Verneuil rapportait deux observations de tumeur fibreuse de la cuisse pour établir, contrairement à l'opinion professée par tous les chirurgiens, que certains néoplasmes, même à l'état de simplicité, peuvent provoquer un mouvement fébrile durable et nettement caractérisé. Il concluait : 1° qu'une fièvre plus ou moins intense, plus ou moins prolongée, peut naître et durer sous l'influence de néoplasmes simples en apparence, n'offrant aucune des dégénérescences locales, ni des complications éloignées ou générales réputées capables d'élever la température ; 2° que le remède à cette fièvre est l'ablation des néoplasmes susdits.

Verneuil déclarait, en terminant, qu'il n'était pas en mesure de donner l'explication de cette fièvre, qu'il était nécessaire d'attendre des faits nouveaux pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Nous ne nous croyons pas davantage en mesure de trancher cette question.

En tout cas, le fait que nous rapportons est instructif ; il démontre que les accidents généraux de fièvre, de toux, de nausées,

peuvent être sous la dépendance d'une lésion abdominale latente, non douloureuse, d'apparence nullement septique, qu'il est nécessaire de chercher et de découvrir et sur laquelle rien ne semble devoir attirer l'attention. La relation de cause à effet est démontrée par la disparition de tous les symptômes dès le lendemain de l'ablation de la tumeur.

Cette relation ne peut être soupçonnée et admise que si l'examen de tous les autres organes capables de donner lieu à des troubles de même ordre ou d'entretenir la fièvre reste absolument négatif.

(La Semaine gynécologique.)

PÉDIA TRIE

Dianostic de la tuberculose du premier âge.

Le travail de Bulius sur la clinique et le diagnostic de la tuberculose chez les enfants du premier âge peut se résumer comme suit :

En l'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats, la tuberculose du premier âge ne présente, en dehors des affections tuberculeuses de la peau et des os qui s'observent dans certains cas, aucun symptôme qui, pris individuellement, puisse servir à établir un diagnostic certain.

D'un autre côté, elle provoque un si grand nombre de symptômes pathologiques, qu'elle se reconnaît, dans la plupart des cas, à la présence simultanée d'une série de ces symptômes.

Voici les faits qui peuvent servir au diagnostic de la tuberculose en général, ainsi qu'à celui de ses formes chroniques :

- 1o La révélation par l'anamnèse, soit de l'hérédité, soit de la possibilité de l'infection par des personnes étrangères à la famille ;
- 2o Certains symptômes légers de nature chronique, changement d'humeur subit, caractère morose ;
- 3o La consommation lente, malgré un bon appétit, une bonne digestion, une excellente alimentation et en l'absence d'autres facteurs qui pourraient la déterminer ;
- 4o La tuméfaction, même légère, des glandes supra-claviculaires, ainsi que celle des glandes mésentériques rendues palpables ;
- 5o Les accès de toux caractéristiques ;
- 6o Les affections tuberculeuses des téguments et des os ;
- 7o La marche torpide ou dyscrasique d'affections cutanées non spécifiques (furonculose, eczéma), en l'absence d'autres causes qui pourraient les produire.

Les faits qui peuvent servir au diagnostic de la tuberculose aiguë sont :

- 1o L'inquiétude et l'agitation qui ne s'expliquent pas bien par l'état du patient ;
- 2o Les convulsions, en l'absence de facteurs susceptibles de les déterminer ;
- 3o L'absence de diarrhée et de néphrite. (La présence de l'un ou de l'autre contre-indique la tuberculose).
- 4o La cyanose, ainsi que l'accélération particulière de la respiration quand elle n'est pas en rapport avec l'état des poumons et que le thorax n'est pas rachitique ;
- 5o L'expectoration de crachats volumineux ;
- 6o Les collapsus passagers chez des enfants encore peu affectés et non atteints d'entérite ;
- 7o Les ronchus vésiculaires et l'infiltration étendue des poumons.

(Progrès médical.)

THERAPEUTIQUE

De la galvanisation cérébrale.

Après un exposé de différentes opinions sur la valeur de la galvanisation cérébrale, l'auteur formule les conclusions suivantes, à la suite de ses travaux personnels :

- 1o Le cerveau est accessible au courant galvanique.
- 2o La galvanisation cérébrale est sans danger, et lorsqu'elle est bien pratiquée, sans inconvénient.
- 3o Il y a lieu de distinguer les actions polaires : la galvanisation cérébrale négative relève et excite les fonctions du cerveau, la galvanisation cérébrale positive exerce une action calmante et dépressive.
- 4o On peut légitimement espérer une action favorable de la galvanisation dans les maladies cérébrales.
- 5o La galvanisation cérébrale négative est un moyen efficace, probablement le plus efficace, de combattre les effets du surmenage intellectuel, de faire disparaître la fatigue cérébrale, et de faire donner aux fonctions du cerveau, à l'intelligence, leur maximum de rendement.

(Gazette Méd. de Nantes—Rev. Neu.)

Traitement du rachitisme par l'ingestion de capsules surrénales

Des essais thérapeutiques ayant porté sur 76 enfants rachitiques ont montré à M. W. Stultzer, de Berlin, que l'opothérapie surrénale exerce une action très favorable à l'égard de toutes les manifestations du rachitisme, sauf le spasme de la glotte. Chez les petits malades traités de la sorte, notre confrère a noté une amélioration rapide de l'état général avec diminution des sueurs, de l'irritabilité vaso-motrice et des phénomènes de craniotabes. La mollesse du thorax diminuait, la dentition et l'apprentissage de la marche se trouvaient nettement activés. L'amélioration, après avoir été très rapide au cours des premières semaines du traitement, devenait d'ordinaire plus lente dans la suite, tout en restant cependant progressive. Si l'on suspendait la médication, l'évolution vers le mieux s'arrêtait complètement pour se produire de nouveau dès qu'on revenait à l'usage de la substance surrénale.

(Abeille médicale).

Dermatologie

Traitement du psoriasis, de l'eczéma et du prurit par des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Les résultats favorables obtenus par M. le Docteur P. Tommasoli, dans le traitement des brûlures étendues au moyen d'injections hypodermiques de sérum artificiel employé à titre d'antitoxique l'ont engagé à expérimenter le même procédé contre les dermatoses en général qu'on tend à rapporter aujourd'hui à une auto-intoxication. Ces essais ont montré que les injections salines constituent une ressource précieuse pour le traitement de certaines maladies cutanées, notamment de psoriasis et de l'eczéma, ainsi que de quelques affections prurigineuses.

Le sérum dont M. Tommasoli s'est le plus souvent servi est une solution bouillie et filtrée de 10 à 20 grammes de chlorure de sodium et de 3 grammes de bicarbonate de soude par litre d'eau distillée et stérilisée. Les injections ont été pratiquées d'ordinaire à la région interscapulaire. La quantité de liquide injecté variait suivant les cas. On commençait par 25 grammes et on augmentait rapidement jusqu'à 100, 200 grammes et au-delà par injection et par jour.

Les premières injections provoquaient fréquemment une réaction fébrile plus ou moins accusée. Les autres effets physiologiques de cette sérothérapie se sont manifestés par l'élévation de la pression sanguine, ainsi que par l'augmentation de la diurèse, du nombre des hématies, du taux de l'hémoglobine et du poids du corps. Quant à l'action thérapeutique, on notait tout d'abord la diminution, puis la disparition des démangeaisons; ensuite on voyait diminuer la rougeur, la sécrétion séreuse et la production de croûtes au niveau des placards éruptifs.

Sur 10 cas de psoriasis traités de la sorte, 3 seulement n'ont pas été influencés : 4 malades ont été plus ou moins améliorés et 3 autres ont complètement guéri. Chez ces derniers on avait employé en moyenne 5 litres de sérum répartis en 25 injections.

Sur 8 sujets atteints d'eczéma, 6 furent complètement guéris après une moyenne de 34 injections représentant environ 4,500 grammes de sérum; un patient n'a été qu'amélioré et chez un autre le traitement a échoué.

Sur 5 cas de prurit d'origine diverse (alcoolique, sénile, ictérique), il y a eu 4 guérisons après une moyenne de 25 injections équivalant à 6,800 grammes de sérum.

En dehors des injections salines, les malades de M. Tommasoli étaient soumis à un régime alimentaire approprié et à l'usage des purgatifs.

(Abeille médicale).

REVUE PROFESSIONNELLE

Monsieur le Rédacteur,

La maladie et l'éloignement m'ont empêché jusqu'à présent de reprendre mes correspondances dans votre hospitalière revue; je regrette surtout de n'avoir pu saluer mon bon ami Justice, et dire un mot de consolation au digne, mais bouillant professeur Lachapelle, le cœur de lion de la Faculté. Encore aujourd'hui, suis-je obligé de retarder; mais je désire faire connaître à vos bons lecteurs, que je suis encore au poste et prêt à continuer loyalement la lutte vers le progrès.

Depuis ma dernière correspondance, il s'est fait du remue-ménage. La Faculté s'est agitée et de son trouble est sorti un mandement collectif; elle a reçu dans ses bras—pas dans son sein, paraît-il—une fournée de nouveaux agrégés—pardon, d'assistants aux services cliniques et aux travaux pratiques. Bravo, un généreux mouvement! Tous de braves gens, ces nouveaux assistants; des hommes qui aiment le travail et qui, pour la plupart, sont déjà un peu brisés à l'enseignement hospitalier. Nul ne peut, je crois, que féliciter la Faculté de sa grande effusion et serrer la main à chacun de ces nouveaux fonctionnaires à une nouvelle charge. Je dis nouvelle charge, car, si je ne me trompe, la Faculté a, cette fois, créé, de toutes pièces, une nouvelle classe d'aides—des assistants. Ces assistants sont-ils des agrégés? Participent-ils aux droits des agrégés? — entre parenthèse, les agrégés ont-ils eu, ont-ils, ou auront-ils jamais des droits? Quelles pourraient être leurs aspirations? Font-ils une classe à part des agrégés? ont-ils la préséance? Mystère! Nul autre que la Faculté ne pourra répondre à ces questions et définir leur position. Avec de la patience, amis lecteurs, la lumière jaillira; après coup, mais tout de même elle viendra. Soyons contents, nous, le public, si les élèves bénéficient de ces nominations. Aux nouveaux fonctionnaires à faire préciser leur position dans la Faculté.

Voilà donc la Faculté avec des aides nombreux, un peu tard, peut-être, mais ça y est tout de même, et tous, nous applaudissons. Ces assistants—comme ils sont qualifiés dans leurs lettres officielles

—ou agrégés—comme on les a nommés dans les journaux publics—sont attachés par un lien quelconque à la Faculté. C'est beau ; il ne reste qu'à la Faculté à les occuper sérieusement, à organiser pour chacun d'eux un service régulier afin de les briser à l'enseignement sous le contrôle immédiat des professeurs titulaires et qu'ils puissent être formés par l'expérience de ces maîtres éclairés. Puisque, si comme Justin le dit, ceux-ci n'ont guère besoin de se faire faire la leçon ni par des agrégés, ni par d'autres, qu'ils fassent l'éducation de leurs adjoints, de leurs agrégés, de leurs nouveaux assistants.

Pour que ces nominations ne soient pas regardées comme un "blind," comme une farce destinée à amuser le crédule public, il faut de toute nécessité, au plus tôt, une réorganisation de l'enseignement universitaire. Nous ne pouvons que regretter l'échec qu'un bon mouvement dans ce sens a subi il y a déjà qu'à peine quelques semaines. Est-il possible que le petit nombre d'hommes dans la Faculté qui déplorent la situation actuelle et désireraient favoriser l'avancement de la science—est-il vrai, dis-je, qu'eux et les amis du dehors rencontreront toujours cette barrière infranchissable de l'orgueil, de l'intérêt personnel ? Que c'est déplorable de voir cet esprit régner dans un corps si important, sensé être composé d'hommes de cœur et d'abnégation ! Mais à plus tard cette question.

La Faculté a commencé par le côté pratique : les cliniques, les laboratoires. C'est très bien. Nous attendons prochainement de nouvelles nominations aux chaires des cours théoriques, afin que chaque titulaire ait son assistant, son suppléant. Celui-ci alors aidera puissamment le professeur et sera d'une utilité incontestable aux élèves en les dressant, avec profit, à l'étude des matières arides plus ou moins théoriques, en rendant celles-ci plus digestibles. Ces nominations devront être faites bientôt, car il y a encore plusieurs bons sujets que l'on a oubliés—pardon, que l'on retient—et qui grelottent en attendant d'être réchauffés dans les bras de la docte Faculté.

Au sujet de nominations, amis lecteurs, je vais vous raconter, pour terminer, un petit fait drôle qui se serait passé il y a quelque temps dans une université. Je ne puis certifier de la véracité de l'histoire mais *se non è vero, è ben trovato*.

Comme on vient de le faire au Laval, la Faculté avait nommé, à la fois, plusieurs agrégés ; on avait un besoin pressant d'agrégés, paraît-il. Un malin aurait découvert, cependant, que ce dernier point était faux ; un ou deux protégés—cafards, comme il disait lui,—sentaient le besoin de pénétrer dans la Faculté ; ils craignaient ou avaient honte d'y entrer seuls, alors on les enveloppait dans certain nombre de satellites dont quelques-uns presque inconnus ou tout à fait inconnus de plusieurs des titulaires. Dans tous les cas, quoiqu'il en soit, quelques semaines après, le secrétaire est soudain réveillé de ses rêveries par le téléphone : "Allo ! Allo !" et il s'en suivit à peu près le dialogue que voici :

X. — C'est vous Monsieur le Secrétaire ?

Le Secrétaire. — Oui ! monsieur ; oui, c'est bien moi.

X. — Dites donc, Monsieur le Secrétaire, la Faculté a fait des nominations très heureuses dernièrement, n'est-ce pas ?

Le S. — Mais, oui, mon cher ami, mais n'est-ce pas ? n'est-ce pas ? Tout le monde est content, satisfait ; c'est très bien, n'est-ce pas ?

X. — Oui, oui ; mais ne croyez-vous pas qu'il s'est glissé un erreur terrible dans vos nominations ?

Le S. — Mais, comment, mon cher monsieur, qu'est-ce qu'il y a donc ? N'en avons pas nommés assez ? Reste-t-il encore de mécontents ?

X. — Non ; mais, Monsieur le secrétaire, croyez-vous que tous ceux qui sont nommés pourront faire leur service ?

Le S. — Ah ! mais, oui ; assurément ; mais, oui, ce sont de très bons sujets, des hommes d'expérience.

X. — Vous avez, sans doute, alors, Monsieur le Secrétaire, voulu récompenser le mérite passé, les services antérieurs rendus à la Faculté

Le S. — Mais oui ; tout juste, mon cher ; la Faculté n'oublie jamais le bien qu'on lui fait ; c'est une bonne mère que notre Faculté, voyez-vous, mon ami, ha ! ha ! ha...

X. — Mais tout de même on croit que la Faculté a fait une erreur sérieuse, mais je comprends, maintenant ; ces nominations ont eu effet rétroactif ?

Le S. — Je ne sais pas bien, mon ami. Comment un effet rétroactif ?

X. — Bien oui ; vous avez voulu, dites-vous, récompenser les services passés.

Le S. — Tout juste, mon cher, tout juste.

X. — Très bien alors vous connaissiez B..... ?

Le S. — Oui, oui, brave garçon ; bien callé.

X. — Oui, très callé, à six pieds !

Le S. — Oui, grand, bien fait, un savant, un homme d'avenir.

X. — Mais, monsieur le secrétaire, vous faites erreur, je crois ; vous savez que B. a six pieds de terre sur la poitrine... il est mort depuis deux ans !

Un cinématographe placé vis-à-vis du secrétaire s'arrête en contemplant la binette du fonctionnaire.

Le S. (lentement). — Oui... vraiment... eh bien... s'il est mort... il ne peut pas être agrégé ! !

X. — Nous pensions ça aussi, mais nous n'en étions pas certains. Dans tous les cas, nous croyions peut-être que la Faculté voulait reconnaître les services des morts !

Le S. — Oui, oui, mais si celui-là est mort il ne peut pas être agrégé.

X. — Non ; n'est-ce pas. Merci de vos bons renseignements, monsieur le secrétaire ; bonsoir !

Le S. — Oui, mais s'il est bien mort, il ne pourra...

Brrrrr ! Bling !...

C'était cocasse et les amis de rigoler !

Morale : — 1° Prière aux candidats futurs de se faire introduire à monsieur le secrétaire et à tous les membres de la Faculté, avant le jour fixé pour la nomination ; 2° Prière de faire parvenir au secrétaire une photographie et un "certificat d'existence", avec quelques mesures certifiées par le bureau d'anthropométrie et daté le jour même ; 3° inutile, maintenant, aux morts de faire application.

Tirez vos conclusions, lecteurs ; mais veillez ne voir aucun rapprochement entre mon histoire et les actes de notre Faculté ; il y a plusieurs universités, plusieurs langues, plusieurs secrétaires.

AMICUS.

Note de la rédaction. — Le surcroît de matière cette semaine nous oblige à remettre plusieurs articles, entre autres la réponse du docteur Desplin au docteur Cléroux. Elle paraîtra au prochain numéro.

QUESTIONS ET REPONSES

13° Il y a-t-il réellement une différence de poids entre le cerveau de la femme et celui de l'homme ?

JACQUES.

R. — Oui, le cerveau de la femme est plus petit et pèse moins que celui de l'homme. La différence s'accuse dès la naissance, par

exemple : celui de l'enfant mâle pèse en moyenne 331 grammes, celui de l'enfant femelle 283 grammes. Vers l'âge de 7 ans, la croissance ayant été plus active chez la petite fille, le cerveau féminin arrive à égaler presque le cerveau masculin, ainsi : 1,136 à 1,140 grammes. Mais le mâle reprend le dessus à partir de cet âge jusqu'à l'âge mûr, où la différence est en moyenne de 100 grammes en faveur de l'homme.

On explique cette différence de volume et de poids par la différence de volume de la masse organique totale. Il est incontestable, qu'en moyenne, la femme est plus délicate dans toutes ses parties. Cela expliquerait pourquoi chez l'homme de 20 à 60 ans, le cerveau forme la 33^{ème} partie du corps ou masse organique totale, tandis que chez la femme il forme la 32^{ème} partie. D'après M. Sappey la différence porterait presque exclusivement sur le cerveau, proprement dit, car le cervelet, l'isthme et le bulbe rachidien différencieraient à peine d'un sexe à l'autre. Cependant, ces différences ne sont pas absolues, car, chose importante, on a trouvé souvent des différences individuelles considérables et des écarts de 228 grammes. Encore, plusieurs cerveaux de femme ont été trouvés supérieurs comme poids et volume à des cerveaux d'hommes. M. Sappey confirme cela en disant : il faut, en effet, admettre comme un fait démontré, qu'un très grand nombre de femmes peuvent avoir une masse encéphalique d'un volume supérieur à celui d'un grand nombre d'hommes.

En somme donc, je crois et l'on peut dire que généralement, le cerveau de la femme est plus petit que celui de l'homme, et que cette différence s'explique très bien par la différence de masse organique totale et la délicatesse des organes plus grande chez la femme.

Il ne faudrait pas tirer une conclusion d'infériorité de la femme au point de vue de l'intelligence parce que son cerveau est inférieur en poids et en volume à celui de l'homme, car les preuves abondent pour prouver qu'il n'y a pas de corrélation entre l'intelligence et le poids ou volume de la masse cérébrale. Ainsi le cerveau de Gambetta, homme supérieur par son intelligence, ne pesait que 1,160 gm.

Il y a des animaux qui ont une masse encéphalique absolument ou relativement plus considérable que l'homme et pourtant ils ne sont pas plus intelligents que l'homme pour cela. C'est qu'il faut considérer non seulement la quantité mais plutôt la qualité.

Le rendement *qualificatif* d'un organe n'est pas toujours corrélatif à son rendement *quantitatif*. Le cerveau de Gambetta, par exemple, n'avait pas la quantité même moyenne, mais il avait la qualité. En quoi consiste cette qualité ? Ce n'est pas la question, et cela m'entraînerait trop loin.

Ces quelques réflexions suffisent pour écarter toute déduction non scientifique et imméritée contre la femme. Si son intelligence prend une direction différente à la nôtre, ne serait-ce pas le résultat de l'éducation différente qu'on lui donne depuis des siècles et aussi à la mission si différente à la nôtre qu'elle remplit en y consacrant toutes ses facultés intellectuelles et morales ? Emploi différent de l'intelligence, voilà, je crois, le secret de la différence apparente et trompeuse entre l'homme et la femme.

Je pourrais y revenir, si l'on veut poser d'autres questions à ce sujet.

Dr. VALIN.

NOUVELLES.

— Le Dr. Emile Peltier, chirurgien-major du 85^e bataillon, et le Dr. J. Thomas Loranger, ont été nommés démonstrateurs d'anatomie, à l'université Bishop.

— Nous reproduisons avec plaisir la nouvelle suivante :

ARCHIVES DE NEUROLOGIE.

Revue mensuelle fondée par Mr. Charcot, publiée sous la direction de MM. Laffrey, Magnan, Raymond. Vol. viii. No. 46, Octobre, 2^{me} Série, 1899. — Revue de pathologie nerveuse, xvi. Une observation de pseudo tabès, par le Dr. Valin. (Union Médicale du Canada No. 5, 1899.)

Communication au Comité d'Etudes de l'Université de Montréal, avec présentation du malade guéri. Très fine observation clinique sur un cas diagnostiqué *tabès*, par un professeur anglais de neurologie. Le malade vint trouver l'auteur, avec ce diagnostic décourageant et l'affirmation que la médecine ne pouvait rien faire pour lui.

Un examen minutieux décelait chez lui sept signes évidents de tabès : 1^o Signe de Romberg ; 2^o signe de Wesphal ; 3^o crises gastriques ; 4^o douleurs fulgurantes ; 5^o engourdissements, fourmillements, dérobement des jambes ; 6^o démarche ataxique ; 7^o défaillance génitale graduellement progressive.

La recherche des commémoratifs permettait de nier toute hérédité nerveuse et d'éliminer au point de vue personnel toutes les intoxications, la syphilis et les traumatismes.

Le bilan des antécédents comprenait seulement : rougeole, variole, rhumatisme inflammatoire, *incontinence d'urine dans l'enfance*, épistaxis dans l'adolescence, existence très ancienne d'un *point douloureux au creux épigastrique*.

Mais le Dr. Valin se tenait au courant des travaux de Charcot et de ses élèves et il pensa de suite à l'existence d'un pseudo tabès hystérique. Il rassura son client et lui déclara qu'il pensait pouvoir l'améliorer et peut-être le guérir, et puis il le soumit à un traitement électrique par des bains statiques bi-quotidiens. Dès les premières séances les symptômes tabétiques disparurent, au bout d'un mois de traitement le malade était complètement rétabli. Depuis un an sa guérison se maintient complète.

“ Vous savez messieurs, dit l'auteur, combien nos confrères anglais négligent tout ce qui n'est pas de leur pays. Pour moi, c'est avec un grain de science que j'ai pu en remonter à un professeur beaucoup plus savant que moi et ce grain de science me vient de France.”

Nous félicitons notre ami et collaborateur de l'insigne honneur qu'il a eu d'être reproduit par une des plus grandes revues médicales de France. Nos confrères du comité d'études doivent s'enorgueillir du succès d'un de leurs membres les plus dévoués.

— Un comité spécial vient d'être nommé par les autorités de l'exposition de 1900, pour organiser un deuxième *congrès international contre l'abus du tabac*. On pourra devenir membre du congrès anti-tabacique, moyennant une contribution de 5 francs, envoyés au secrétaire, le Dr. Petit, ou au président, Mr. Decroix, 20 rue Saint-Benoit, Paris.

Après 1900, ayez le tabac canayen et les pipes bin culottées, gloires de nos pères !

NAISSANCE. — A Montréal, le 20 novembre dernier, l'épouse de M. J. H. Garceau, M. D., un fils.

BIBLIOGRAPHIE. — Nous saluons avec plaisir l'apparition du 3^e Vol. de *Traité de Pathologie de Bouchard*. Nous le lirons avec beaucoup d'intérêt ; les articles magistraux de *Bouchard* sur la nutrition, de *Letulle* sur l'anatomie pathologique des lésions inflammatoires, de *Courmont* sur l'inflammation, de *Bouchard et Roger* sur les réactions nerveuses, etc., fourniront aux lecteurs d'agréables moments.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Coq-à-l'âne médicaux.....	185
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Ulcération des piliers du voile du palais dans la fièvre typhoïde. — L'ascite laiteuse.....	185
CHIRURGIE : Comment il faut pratiquer l'opération du phimosis congénital, par le Dr. Pousson. — Les mouchetures associées au taxis dans le traitement du paraphimosis.....	186
OBSTÉTRIQUE : Des polypes papillaires du col dans leurs rapports avec la puerpéralité, par M. le Dr. Audebert, professeur agrégé d'accouchement à la Faculté de médecine de Toulouse.....	187
GYNÉCOLOGIE : Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.....	188
PÉDIATRIE : Etiologie des convulsions infantiles, par A. M. Gossage et J. A. Coutts.....	188
THÉRAPEUTIQUE : De l'administration de caféine dans les cardiopathies.....	189
REVUE PROFESSIONNELLE.....	190
L'Association des Internes (anciens et nouveaux) de l'hôpital Notre-Dame, assemblée du 24 novembre 1899.....	191
QUESTIONS ET REPONSES.....	192
NECROLOGIE.....	192
NOUVELLES.....	192

Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

Les docteurs Braquehay et Remlinger rapportent à la Société de biologie, un cas de *mamelle surnuméraire au-dessous de l'ombilic chez l'homme*. La structure histologique de la petite tumeur enlevée est celle d'une glande mammaire en pleine activité sécrétoire. On cite deux autres cas.

Théologie médicale. — Il fait plaisir de voir que l'on s'occupe davantage de cette question. Au comité des études, à l'université Laval, à une des dernières assemblées, il s'est fait de bonnes suggestions. Nous devons des remerciements à *La Revue médicale* et à Amicus d'avoir entamé et insisté sur ce sujet de la plus haute importance. Aidons tous d'un commun effort le bon mouvement.

Le docteur Darrab, communique à la Philadelphia Pathologic Society un travail sur *l'empoisonnement par le gaz d'éclairage*, le résultat d'expériences faites sur des chiens. Les conclusions sont : 1° l'agent toxique serait le monoxyde de carbone, qui exerce son action sur l'hémoglobine du sang ; 2° le chien intoxiqué manifeste des signes d'étourdissement, puis perd connaissance et meurt ; 3° la strychnine et autres stimulants ne furent d'aucune utilité dans le traitement ; 4° le peroxyde d'hydrogène, en injections hypodermiques ou par la voie intraveineuse, ne produit aucun résultat ; il en est de même du sérum artificiel ; 5° la transfusion du sang seule donne des résultats, ressuscitant les chiens.

On nous offre un nouvel hypnotique, *le chlorétone*, qui serait bien supérieur à la morphine et au chloral. Houghton, Aldrich et d'autre ont obtenu d'excellents résultats. La dose serait de 10 à 30 grains.

Le docteur Hamilton Wright, autrefois du Royal Victoria Hospital, sera le directeur de laboratoire au Malay pour l'étude du *béribéri* ; du moins c'est ce que nous apprend un des correspondants de la *Therapeutic Gazette*.

Une revue médicale nous apprend qu'à Jersey City, les théâtres sont pourvus de planchettes dans l'antichambre, sur lesquelles le médecin inscrit son nom et le numéro de son fauteuil. Ainsi l'auditoire n'est pas dérangé lorsque le docteur est demandé pendant la séance. Annonce pour annonce, c'est mieux cependant. Nos esculapes sentent-ils la nécessité de la planchette ou bien quelques-uns aiment-ils mieux..... !

La transmissibilité de la morphine. — Le docteur Tate, de Cincinnati (in *Lancet Clinic*), rapporte le cas d'une morphinomane dont l'enfant est mort âgé de 6 jours avec symptômes d'empoisonnement par la morphine. Le docteur rappelle deux autres cas : un de Holt, de New-York, l'enfant étant mort le quatrième jour, et celui du Dr. Earle, de Chicago, mort le troisième jour. Ces enfants furent intoxiqués directement par le lait de leurs mères qui absorbaient journalièrement de fortes doses de morphine.

Réactif de Kalkbrunner pour la morphine. — C'est à ce réactif que Tate s'est adressé. Il comprend deux solutions : A. Chlorure de fer cristallisé, 30 grs., eau, 4 drachmes.—B. Ferricyanure de potassium, 2 grs., eau, 4 drachmes. Au liquide suspect on ajoute 5 ou 6 gouttes de la solution A, puis 3 ou 4 gouttes de la solution B.

La morphine sera reconnue à la coloration vert pâle ou bleu foncé produite ; si la drogue n'est pas présente, la couleur sera d'un gris sale.

Hémorroïdes. — Adieu opérations ! Vendez vos clamps ! car le docteur Chew, de Calcutta (*Medical Age*) nous offre — d'après un fakir qui le lui a fait connaître — un moyen prompt et radical pour guérir ces varices. On prend une noix de galle que l'on fait rôtir, que l'on pulvérise et que l'on mélange à du beurre frais. L'hémorroïdaire applique cette pommade après chaque selle. Bien éviter de confondre cette préparation avec l'onguent de galle.

Secours pour les veuves et les orphelins de médecins. — Le N. Y. *Medical Journal* nous apprend que la New-York Society for the Relief of Widows and Orphans of Medical Men, fondée en 1842, fait rapport que ses fonds sont de \$235,000, et ses revenus annuels de \$10,300.00. Ad multos annos ! Ho ! hé ! Canada ! où donc es-tu ?

NIRE.

Revue des journaux

MÉDECINE

Ulcération des piliers du voile du palais dans la fièvre typhoïde.

Ce symptôme qui se rencontre en moyenne une fois sur 5 à 6 typhiques a été signalé pour la première fois par Bouveret en 1876 et a fait récemment l'objet de la thèse de M. Schœfer. L'ulcération des piliers du voile du palais apparaît tantôt dans les premiers jours de la fièvre typhoïde, avant l'apparition des taches rosées, tantôt et

le plus souvent dans le 2^e septenaire de la maladie. Elle siège sur les piliers antérieurs à leur union avec le voile du palais. La lésion peut être unique ; quelquefois elle se compose d'une série de petites ulcérations susceptibles de se réunir ; la règle est la disposition symétrique sur les piliers antérieurs. Avant la formation de l'ulcération, on constate seulement une légère hyperémie de la muqueuse avec des arborisations vasculaires ou une teinte opaline spéciale. Très rapidement apparaît l'ulcération ovulaire, oblique en bas et en dehors, de 6 à 20 millimètres de longueur sur 4 à 12 de large. La lésion est superficielle, c'est plutôt une exulcération ; quelquefois, elle paraît comme taillée à l'emporte-pièce, les bords sont réguliers, rouges, vivement congestionnés avec souvent autour une zone hyperémiée. Le fond présente une teinte gris-jaune ou gris rosé ; il est presque toujours lisse ; parfois il a un aspect granité. Il n'y a à la surface ni fausse membrane ni enduit pultacé.

Il n'existe ordinairement pas d'engorgement ganglionnaire appréciable. Peu de troubles fonctionnels, un peu de dysphagie, gorge sèche, sensation de picotements. L'ulcération s'accroît pendant 2 à 3 jours, mais elle n'a pas de tendance à s'étendre en surface. Elle se comble peu à peu et guérit en 10 à 15 jours.

Le diagnostic qui prête à erreur est de confondre avec une ulcération tuberculeuse, mais celle-ci a une forme irrégulière, les bords en sont décollés, on aperçoit dans la zone environnante des granulations blanc-jaunâtre qui forment relief. On n'établira pas non plus de confusion avec les plaques muqueuses, le chancre buccal, l'herpès, la stomatite ulcéro-membraneuse.

La connaissance de cette angine permettra parfois d'affirmer un diagnostic de dothiéntérie douteux. On n'a pas encore signalé ce symptôme chez les enfants, les hommes sont plus souvent atteints.

L'abus du tabac et la mauvaise hygiène buccale semblent être des causes déterminantes. On n'a pas trouvé le bacille d'Eberth, ni le coli bacille dans ces ulcérations, mais chaque fois des staphylocoques dorés ou blancs associés ou séparés. Schœfer attribue ces ulcérations à l'action nérosante des toxines du bacille typique.

(Abeille médicale).

L'ascite laiteuse.

Le docteur François, de Marseille, conclut ainsi son travail sur ce sujet :

1° L'ascite laiteuse ne constitue nullement une entité morbide (Terrier) ; elle peut aider au diagnostic de tumeurs des ganglions mésentériques (Berger) et ne contre-indique aucun mode d'action chirurgical.

2° L'ascite laiteuse comprend deux variétés essentielles : celle des épanchements chyleux puis celle des épanchements chyloformes. La première se différencie de l'autre par la finesse et la régularité de l'émulsion grasseuse, sa pauvreté en globules blancs et rouges ; l'épreuve de la butyryne, conseillée par Quincke et bien détaillée par Straus, en faisant varier l'aspect du liquide, peut aider au diagnostic.

3° Les épanchements chyloformes peuvent se diviser eux-mêmes en gras et non gras : l'absence de graisse, bien vite reconnue par le traitement par la potasse, l'éther et l'acide osmique, ne peut nullement faire induire la nature cancéreuse ou non de la maladie.

4° " L'existence de lésions inflammatoires chroniques de la grande séreuse abdominale, représente un des éléments les plus constants de la genèse de l'ascite laiteuse. "

5° Les théories pathogéniques des épanchements laitieux sont jusqu'à aujourd'hui insuffisantes et d'une valeur toute relative.

(Gazette des hôpitaux).

CHIRURGIE

Comment il faut pratiquer l'opération du phimosis congenital.

Par le Dr. Pousson.

Endormir l'enfant, désinfecter le champ opératoire, détruire avec la sonde cannelée les adhérences entre le prépuce et le gland.

Disposer à la racine de la verge un lien élastique (sonde de Nélaton faisant deux fois le tour de la verge et maintenue par une pince hémostatique). Cela joue le rôle de bande d'Esmarch.

Introduire à 3 ou 4 millimètres du fond de la racine préputiale 2 pinces hémostatiques (1 dorsale, 1 ventrale) prenant la muqueuse et la peau. Tirer sur les deux pinces et repousser le gland en arrière ; saisir le prépuce au-dessous des mors des pinces, entre les branches d'un clamp fenêtré de Ricord parallèle au bourrelet balanique. Placer en arrière 3 à 12 crins de Florence ; sectionner le prépuce avec un bistouri fin glissé dans la cannelure du clamp. On a devant soi le gland dénudé sur lequel reposent les fils ; couper ceux-ci par le milieu, faire la suture exacte de la muqueuse à la peau. Suture le frein. Enlever le lien constricteur. Irriguer avec une solution chaude. Panser avec de la gomme adragante iodoformée et salolée.

(Semaine méd. — Abeille méd.)

Les Mouchetures associées au Taxis dans le traitement du paraphimosis.

Ce ne sont pas les traitements qui manquent pour guérir le paraphimosis : outre le taxis, nous avons la compression, le débridement, les procédés de Malgaigne, de Guérin et de Desruelles, et les mouchetures. Ce dernier mode opératoire, délaissé par beaucoup de chirurgiens, combattu par d'autres, nous a donné, depuis plus de dix ans que nous l'associons au taxis, de brillants résultats.

Jamais nous n'avons eu d'insuccès avec cette méthode ; nous n'avons pas constaté ces complications attribuées, par certains, à ce *modus faciendi* telles qu'érythème, érysipèle, etc.

Mandé auprès d'un malade atteint de paraphimosis, nous commençons toujours par un essai de taxis. Si ce traitement échoue, ce qui arrive fréquemment, car on n'appelle maintes fois le médecin que trop tard, nous faisons sur le prépuce gonflé, œdématisé, et, au moyen du bistouri, quelques mouchetures, — en moyenne de deux à cinq, — nous malaxons les parties engorgées, pendant trois à quatre minutes : il s'écoule une sérosité abondante, peu ou pas sanguinolente, et aussitôt les téguments, qui étaient gonflés et prêts, pour ainsi dire, à " éclater ", deviennent mous, flasques, on dirait qu'il y a de la peau de reste. Un léger taxis remet alors les organes à leur place habituelle.

Cette méthode nous a donné des succès constants chez tous les sujets observés (enfants : paraphimosis simplement inflammatoire ; adultes : paraphimosis simple ou causé par un chancre). Nous n'avons pas eu besoin d'employer l'anesthésie locale dans aucun cas.

Pour nous, les mouchetures, quand il s'agit de paraphimosis volumineux, diminuent la durée des efforts de taxis, et, par conséquent, les souffrances du patient. Aussi sommes-nous d'avis, après plus de dix ans de pratique journalière et d'expérience, souvent mise à l'épreuve dans des circonstances analogues, de conseiller ce mode de traitement. Comparé aux autres procédés, il leur est, certes, bien supérieur. Le procédé de Desruelles, qui consiste, comme on le sait, à passer le doigt entre le prépuce et le gland, est parfois difficile à appliquer et toujours douloureux ; celui d'Alphonse Guérin, tendant à ramener la peau du pénis sur le gland, en prenant le membre viril à sa racine, échoue fréquemment ; le débridement est pénible et cause de vives souffrances ; la compression est

une méthode lente ; le procédé de Malgaigne (débridement et dédoublement des adhérences avec un ténotome) est une opération douloureuse, longue et délicate.

Nous le répétons, les mouchetures, associées au taxis, sont la méthode de choix dans le traitement du paraphimosis.

(Gaz. des hôpitaux.)

OBSTÉTRIQUE

Des polypes papillaires du col dans leurs rapports avec la puerperalité.

Par M. le Dr. AUDEBERT,

Professeur agrégé d'accouchement à la Faculté de médecine de Toulouse.

En pratiquant un examen gynécologique, on peut trouver dans le vagin plusieurs variétés de polypes, que l'on peut, en faisant abstraction de leur constitution histologique, classer, d'après leur point d'implantation, en 3 catégories :

1° Les polypes implantés sur la muqueuse vaginale et dont Rismann a donné une bonne description.

2° Les polypes qui, s'échappant du museau de tanche, prennent naissance dans la cavité cervicale ou dans la cavité corporéale.

3° Les polypes qui reconnaissent pour point de départ la muqueuse du museau de tanche.

Ayant eu l'occasion d'observer un polype du vagin chez une femme enceinte, j'ai pu suivre son évolution pendant les suites de couches, voir l'influence de l'accouchement sur le développement de la tumeur et après l'excision, en étudier la structure microscopiques. Voici l'observation :

Léonie T..., 21 ans, enceinte de 8½ mois, vient me consulter en juillet 1896.

D'une bonne santé habituelle, et ne présentant aucun antécédent gynécologique, elle s'est mariée à 20 ans, est devenue grosse quelques semaines plus tard. Sa grossesse a été absolument normale. Elle n'a constaté ni hémorrhagie, ni gêne, ni douleurs, depuis 2 ou 3 mois seulement elle a un peu de leucorrhée. Elle se croyait donc bien portante, quand 2 jours avant, après une garde-robe un peu pénible, elle remarqua l'existence d'une tumeur assez volumineuse située entre les grandes lèvres, et faisant issue au dehors. Quelques heures après, cette tumeur disparaissait, mais pour faire hernie de nouveau les jours suivants, c'est alors que Léonie T... vint chez moi.

A l'inspection rien d'anormal ; la vulve est tuméfiée, violacée comme il convient chez une gestante arrivée au dernier mois. Mais en faisant pousser la femme, je vois une tumeur d'un rouge vineux qui écarte peu à peu les grandes lèvres et qui paraît avoir le volume d'un gros œuf de poule, la moitié seulement étant visible à l'extérieur. De consistance demi-molle et à grand axe vertical, elle est appendue à un pédicule aminci long de 3 centimètres environ qui va s'implanter sur la lèvre antérieure du col, à 1 centimètre environ de l'orifice externe. Le col lui-même, lisse, non épaissi, ne présente aucune altération.

Ces constatations faites, pensant qu'une intervention immédiate n'était pas nécessaire, je fis entrer cette femme à la clinique obstétricale, pour surveiller son accouchement et exciser la tumeur si elle faisait obstacle à la progression ou au dégagement du fœtus. Pendant son séjour à la clinique, on lui fit simplement des lavages antiseptiques et un léger tamponnement du vagin à la gaze iodiformée.

Quelques jours après son entrée, elle ressentit les premières douleurs, et on constata alors que la tumeur était toujours volumi-

neuse. Après 11 heures de travail, sans aucun incident, elle accoucha d'un enfant vivant, une fille de 2,970 grammes ; suites de couches apyrétiques.

Cinq jours après l'accouchement, en examinant Léonie T..., je ne trouvai plus qu'une toute petite tumeur, de la grosseur d'un haricot environ. Je l'excisai, moins dans un but thérapeutique, que pour l'étudier au microscope.

Ce polype était uniquement composé d'un tissu conjonctif, avec quelques vaisseaux qui étaient groupés au niveau du pédicule ; je ne pus trouver la moindre trace d'épithélium glandulaire.

Quelques particularité de cette observation demandent à être mise en relief, notamment celles qui ont trait à la symptomatologie et au développement de la tumeur.

C'est ainsi que nous signalons tout d'abord son *évolution silencieuse*.

On a décrit, dans les cas de ce genre, des hémorrhagies répétées, qui, par leur abondance et leur fréquence amenaient une anémie profonde. Ici rien de semblable.

Le polype a atteint un volume assez considérable sans que l'attention de la malade ait été attirée de ce côté par un symptôme quelconque, par le plus léger trouble fonctionnel.

Notons de plus qu'il s'agissait d'un polype à *apparition intermittente*. Ces apparitions intermittentes qui succédaient le plus souvent à des efforts de défécation, s'expliquent aisément par la situation du polype, la longueur du pédicule, l'ouverture de la fente vulvaire, peut-être aussi par la contractilité de la tunique musculaire du vagin.

Au point de vue de son *influence sur l'accouchement*, nous avons vu que, chez notre malade, le travail avait été facile, rapide même, et à cet égard, on peut rapprocher notre observation de celle publiée par Athil dans laquelle il est dit que " malgré un polype du volume d'une orange qui pendait partiellement en dehors du vagin, et qui était attaché au col par un pédicule long et grêle... l'accouchement avait été naturel et facile. "

Nous devons de plus attirer l'attention sur la *régression très prompte* de la tumeur. Dans les cinq jours qui ont suivi la déplétion de l'utérus, la diminution de volume a été considérable, et tout permet de supposer que quelques jours de plus eussent suffi pour amener la disparition, la régression complète du polype.

Est-il bien nécessaire de montrer la part importante prise par la gestation dans la production et le développement du papillome ? On sait que deux faits principaux dominent l'étiologie des tumeurs papillaires du vagin. Pour les uns (Pozzi), le polype serait consécutif à une métrite dont il ne représenterait qu'une phase évolutive, tandis que pour Richet, ce serait toujours la grossesse qui en déterminerait l'apparition.

En l'absence de tout antécédent gynécologique relevé chez notre malade, il nous semble tout naturel d'admettre, dans notre cas, la toute puissante influence de la gravidité.

Il n'est pas utile non plus de discuter longtemps sur l'origine de cette tumeur. Ce n'était point une tumeur du vagin proprement dite, ni une tumeur du corps utérin, on ne pouvait pas penser à un polype du canal cervical, greffé secondairement sur le col, l'intégrité absolue du museau de tanche, le défaut d'épaississement des lèvres du col permettaient d'éliminer d'emblée cette hypothèse. L'hésitation n'était possible qu'entre un néoplasme *papillaire* ou *folliculaire* du museau de tanche.

L'examen microscopique, quoique pratiqué à une période assez avancée de régression, pouvait seul donner la clef de la question.

S'il s'agissait d'une formation néoplasique telle que Bouilly l'a décrite sous le nom d'*hypertrophie folliculaire* : on aurait dû trouver dans les préparations des éléments glandulaires revêtus de l'épithélium caliciforme typique (de Sinéty).

De plus cette hypertrophie folliculaire s'accompagne d'hypertrophie totale de la lèvre qui lui donne insertion ; ce caractère faisait complètement défaut.

Nos coupes nous ont montré des éléments conjonctifs et des vaisseaux ; nous n'avons pas trouvé trace d'épithélium.

Le point de départ de la tumeur était donc la muqueuse du museau de tanche, qui, comme l'a démontré de Sinéty, est ordinairement privé de glandes, ce qui explique la structure essentiellement conjonctive, constaté au microscope, nous nous trouvons donc en présence d'un polype papillaire, d'un *papillome* du col, tout à fait analogue à ceux que Rismam et Orth ont trouvé dans le vagin pendant la grossesse, et qui sont constitués par la simple hypertrophie des parois du vagin.

Il résulte de cette observation et des quelques autres, peu nombreuses, que nous avons pu recueillir, qu'au point de vue pratique, les polypes papillaires sont ordinairement bénins ; qu'ils n'ont aucune influence sur la durée de la gestation, qu'ils permettent le plus souvent l'accouchement spontané, et qu'ils régressent rapidement pendant les suites de couches. En conséquence, à moins d'indications spéciales telles que des hémorrhagies répétées, un écoulement purulent, etc., on pourra les respecter pendant la grossesse ; on se bornera à assurer par les moyens ordinaires l'antisepsie du conduit vulvo-vaginal. Si pendant l'accouchement, ils mettaient obstacle à la marche régulière du travail, il serait très aisé de les exciser d'un coup de ciseaux. Mais le plus souvent cette excision sera inutile et la tumeur disparaîtra spontanément dans les 10 ou 11 jours qui suivront la délivrance.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

(Société de Chirurgie.)

M. ROUTIER n'a pratiqué jusque dans ces derniers temps contre les cancers de l'utérus que l'hystérectomie vaginale totale ou les opérations palliatives (amputation du col, grattage, cautérisation) suivant que les lésions étaient plus ou moins étendues. En général, l'hystérectomie vaginale lui a donné des résultats satisfaisants ; quant aux opérations palliatives il est juste de constater qu'assez souvent les résultats étaient équivalents à ce que donnent des opérations plus graves.

Dans 3 cas, M. Routier a fait l'hystérectomie totale abdominale.

Chez la première de ces malades, femme de 54 ans, il existait, en plus du cancer du col, une masse dans le ligament large qui avait été regardée comme une collection salpingienne. M. Routier a d'abord essayé de faire l'hystérectomie vaginale, mais ne pouvant faire descendre l'utérus par le vagin, il l'a enlevé par la voie abdominale, ainsi que la masse de voisinage qui était de nature cancéreuse. L'opération a été difficile et la malade est morte de septicémie au bout de deux jours.

Dans le second cas, concernant une femme de 60 ans, le cancer était friable. Après avoir enlevé par la curette tous les bourgeons, M. Routier a provoqué une hémorrhagie abondante qu'il n'a pu directement arrêter, et il a fallu faire une laparotomie secondaire. 48 heures plus tard, la malade était prise de pneumonie et succombait.

Enfin la troisième malade, opérée dans des conditions encore plus mauvaises, n'a pu résister à l'intervention.

Ces faits, peu nombreux, n'autorisent certes pas à se prononcer contre l'hystérectomie abdominale. Toutefois, on peut se demander si l'ablation de quelques ganglions (et l'on n'est jamais cer-

tain de ne pas en laisser) constitue un sérieux avantage en faveur de cette intervention. La gravité de l'opération doit être mise en regard de la bénignité de l'hystérectomie vaginale. Pour son compte, M. Routier a pratiqué cette dernière 70 fois. Sur ce nombre 10 morts sont imputables à l'opération ; mais parmi les autres opérées, un certain nombre d'entre elles continuent de vivre sans récidive depuis 3, 4, 5 et six ans.

M. RICHELOT a opéré par l'hystérectomie vaginale 95 malades et n'a eu à enregistrer que 6 morts, dont 5 survenues chez des malades opérées dans les plus mauvaises conditions, et la 6e morte d'hémorrhagie avant l'ablation des pinces. Il estime donc que l'hystérectomie vaginale, faite dans les cas de cancer circonscrit et avec utérus mobile, est une opération bénigne et, de plus, efficace, avec survie prolongée.

Mais pour bien juger cette question, il importe de ne mettre en cause que les cas qui sont justiciables de cette opération. C'est pour n'avoir pas tenu compte de cette considération que certains chirurgiens ont eu plus d'insuccès. Tels MM. Jacobs et Bouilly qui en sont les adversaires. En revanche, Ott, de Saint-Petersbourg, Landau, Pozzi et bien d'autres ont noté des succès durables et persistants jusqu'à 12 ans. Comme résultats tardifs, M. Richelot a deux malades opérées il y a 12 ans ; l'une n'est morte que récemment et l'autre vit encore sans récidive. Et sur ses 95 opérées, M. Richelot en compte 16 qui ont bénéficié de l'opération au point de n'avoir pas de récidive depuis 3, 6, 8 ans qu'elles ont été opérées. On a dit que de tels succès ne pouvaient s'expliquer que par des erreurs de diagnostic. C'est bien vite accuser de légèreté les chirurgiens.

Quant à l'hystérectomie totale abdominale, que promet-elle et qu'a-t-elle donné jusqu'à ce jour ? Les uns l'ont préconisée toutes les fois qu'on peut espérer arriver à une ablation complète des lésions, quelque étendues qu'elles soient. C'est généralement dans ces cas qu'elle a été mise en pratique. D'autres trouvent qu'elle est indiquée dans les cas les plus simples, dans les cancers limités, et ils recommandent de faire l'évidement du bassin.

On a voulu établir une comparaison entre le curage de l'aisselle et le curage du bassin. Les manœuvres dans ces régions ne sont nullement comparables et il semble plus que téméraire d'avoir la prétention de vouloir dépouiller un uretère ou disséquer un paquet vasculaire plongé dans une atmosphère néoplasique, comme on le voit dans la cavité pelvienne.

Bien que M. Richelot ait perdu 8 malades sur 16 hystérectomies abdominales, il estime pourtant que la gravité de l'opération, 4 fois plus grande que l'hystérectomie vaginale, tendra de jour en jour à diminuer quand on ne mettra l'opération en pratique que lorsqu'elle est bien indiquée et lorsque le manuel opératoire en sera plus rationnellement tracé. Alors seulement on pourra porter un jugement sur la valeur de la méthode. Exécutée non pour poursuivre l'envahissement du mal, mais pour le prévenir, l'hystérectomie abdominale totale méritera dès lors le nom d'opération radicale.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

PEDIATRIE

Étiologie des convulsions infantiles.

Par A. M. GOSSAGE et J. A. COURTS.

Le nom de convulsions infantiles sert à désigner des contractions musculaires désordonnées simultanées ou successives, suivies habituellement de perte du sentiment. Le terme d'éclampsie doit être repoussé dans l'espèce. Les "convulsions" relèvent d'une

foule de conditions pathologiques. Toutefois, il ne faut pas en exagérer le nombre. Ce qu'on appelle convulsions internes n'est qu'un mode d'expression de la souffrance au moment de la mort : on a conclu à tort, soit dit en passant, que les convulsions étaient les causes de la mort.

On a dit que le système nerveux de l'enfant est doué d'une grande irritabilité due à ce fait que les centres modérateurs supérieurs n'ont pas achevé leur complet développement. La moindre excitation, périphérique ou centrale, produirait une décharge excito-musculaire intense, qui ne serait autre que l'attaque de convulsions. Cette explication est insuffisante. Sinon, cette irritabilité spéciale existerait chez tous les enfants, elle serait égale chez tous à un âge donné. Or, la plupart des enfants, bien qu'exposés aux mêmes causes d'excitation, n'ont pas de convulsions. En outre, un grand nombre de sujets ayant eu des convulsions sont par la suite indemnes de toute affection nerveuse.

Les auteurs attachent au contraire une importance capitale à l'hérédité névropathique. Très souvent (32 p. 100 d'après l'un d'eux) les convulsions se retrouvent chez les ascendants, souvent chez les frères et sœurs. Ce fait n'a pas été mis en lumière comme il le mérite.

On admet que le rachitisme est une cause importante de convulsions. La plupart des enfants atteints de convulsions sont entachés de rachitisme, mais relativement peu de rachitiques présentent des convulsions (4 cas sur 54 rachitiques).

Toutes les maladies ou blessures du cerveau et de ses enveloppes ont place dans cette étiologie : commotion cérébrale, hémorrhagie, abcès, tumeurs, méningite, atrophie et déformations de l'idiotie. Les convulsions qui s'observent dès la naissance sont dues le plus souvent à une hémorrhagie méningée et s'accompagnent de paralysie avec contracture. Dans les tumeurs cérébrales, lorsque le début est brusque et les mouvements cloniques bilatéraux, le diagnostic peut s'égarer. Les convulsions sont parfois un signe de début de la méningite.

La congestion veineuse du cerveau par une toux violente, ou, au contraire, l'anémie due à une hémorrhagie, à une maladie débilitante peuvent avoir pour effet commun la production de convulsions. L'urémie est une cause convulsivante qui est rare au-dessous de deux ans.

Les maladies aiguës fébriles, à début brusque, présentent parfois une attaque de convulsions, mais on a exagéré cette influence étiologique. Il s'agit, la plupart du temps, d'enfants présentant des antécédents névropathiques. A la période initiale des fièvres éruptives les convulsions s'observent dans moins de 5 p. 100 des cas. Elles sont plus fréquentes au cours de la maladie qu'au début et elles relèvent alors d'une des nombreuses complications que l'on peut observer dans ces maladies. Les convulsions ne sont donc pas, comme on l'a soutenu, l'équivalent du frisson qui existe au début des maladies aiguës chez les adultes. Elles sont en effet très rares dans ces conditions et ne se rencontrent que chez les sujets prédisposés.

La plupart des médecins, d'accord en cela avec le public, attachent dans cette étiologie une grande importance à certaines causes d'irritation périphérique, affections dentaires, troubles intestinaux. Toutefois on commence à être plus circonspect dans ces affirmations, et à reconnaître que ces causes banales ont besoin, pour être efficaces, d'agir sur des sujets qui présentent des antécédents névropathiques ou rachitiques. On doit faire une place à part aux blessures chirurgicales graves qui semblent bien avoir une action convulsivante.

L'asphyxie, enfin, est peut-être le facteur étiologique le plus puissant dans la production des convulsions. En cela, l'observation clinique est d'ailleurs en concordance parfaite avec l'expérimentation sur les animaux. Les convulsions observées dans les maladies

qui présentent des troubles respiratoires relèvent de l'asphyxie. De même, les mouvements convulsifs qui précèdent la mort trouvent leur explication dans l'asphyxie entraînée par l'insuffisance progressive du poumon. Invariablement, d'ailleurs, l'autopsie montre des lésions de congestion. On ne saurait donc attacher trop d'importance aux phénomènes asphyxiques dans l'étiologie des convulsions.

(Brit. med. Journ. — Gaz. des hôp.)

THERAPEUTIQUE

De l'administration de caféine dans les cardiopathies.

Le professeur Zenietz attire l'attention des praticiens sur la divergence qui existe dans l'opinion des cliniciens sur l'action de la caféine sur le muscle cardiaque et sur les dangers de son emploi à dose tant soit peu élevée.

En ce qui concerne son action, la caféine serait pour Lépine, Riegel, S.-P. Botkine, un diurétique par excellence et un régulateur du cœur ; les uns (Schmiedeberg, Nothnagel) ont constaté, sous son influence, une accélération du pouls, tandis que d'autres ont plutôt trouvé un ralentissement. C. Paul la considérait comme un excitant du cœur et Dujardin-Beaumetz comme un modérateur à dose moyenne et toxique à dose élevée, tandis que, pour Huchard et Lépine, elle n'exerce d'action favorable qu'à dose élevée. On voit donc que bien des médecins sont enclins à prescrire la caféine à dose élevée. Or, M. Zenietz est absolument convaincu, en s'appuyant sur ses nombreuses observations, qu'à cette dose la caféine agit absolument comme un poison cardiaque, amenant la mort instantanée, avec arrêt du cœur en systole, contrairement à ce qu'on observe chez les animaux qui meurent aussi instantanément, mais avec arrêt du cœur en diastole. De même on a tort de l'administrer dans la pneumonie, surtout chez les vieillards, et l'auteur a observé des cas de mort absolument imputables non pas au processus de la pneumonie, mais à la caféine administrée à la dose de 60 centigrammes par jour, pendant deux ou trois jours, car les malades ont succombé brusquement et à l'autopsie on a trouvé le cœur absolument tétanisé.

Pour résoudre ses doutes, l'auteur a institué une série d'observations systématiques sur des malades rénaux et cardio-rénaux, auxquels il administrait de 20 à 30 centigrammes de caféine pure, deux ou trois fois par jour. Ces observations ont démontré que, sous l'influence de la caféine, la pression, examinée à la radiale, à l'aide du sphygmomanomètre, augmentait dès le lendemain du traitement, le pouls devenait plus plein, mais sans devenir plus fréquent ; les urines devenaient plus abondantes et les œdèmes diminuaient, quoique très lentement. Mais après quatre, cinq, six jours, les malades commençaient à se plaindre de serrement intra-thoracique, de dyspnée, d'agitation nocturne ; dans certains cas on pouvait en même temps constater par la percussion la diminution de la zone de matité cardiaque. On arrêta donc l'administration de la caféine et si l'on administrait ensuite un médicament indifférent, on notait un abaissement de la pression et une diminution de la diurèse et en même temps une amélioration de l'état général. Mais, ce qui est particulièrement important, c'est que l'auteur a pu se convaincre par ces observations, que la caféine possède, comme la digitale, une action cumulative. Pendant les dix ou quinze jours de traitement indifférent qui suivaient l'administration de la caféine, on pouvait encore déceler celle-ci dans les urines. Ce fait est assez important pour mériter l'attention. Il va de soi que plus le filtre rénal est altéré, plus l'élimination se fait mal et plus on a de chances de voir la caféine s'accumuler dans l'organisme et l'intoxiquer. On a donc tort de considérer la caféine comme le diurétique par excellence, puisque c'est précisément dans les lésions rénales qu'elle est

contre-indiquée. De même on devrait s'abstenir de prescrire la caféine aux artério-scléreux et dans l'angine de poitrine des artério-scléreux, car les échanges étant déjà chez ces malades notablement abaissés, le médicament en question peut avoir une action désastreuse par suite de son accumulation.

Toutes ces réflexions s'appliquent, *a priori*, aussi à la théobrine.
(*Wratch. — Gaz. des hôp.*)

REVUE PROFESSIONNELLE

Monsieur le Directeur,

M. le docteur Cléroux que je tiens pour un fort brave homme, qui ne voit pas cependant toujours très clair dans ses pensées, m'a décidé sur le cerveau. Il me voit partout sous des couleurs, des formes et des noms différents, et croit que j'ai plusieurs plumes au bout du bras. Sa récente agrégation à l'École lui aurait-elle donné la berlue ? Que sera-ce une fois arrivé au faite des grandeurs que lui réserve son dévouement aux intérêts des professeurs.

Je n'ai que de rares amis, dit-il. Peut-être ! mais l'expérience de la vie m'a enseigné que parmi les hommes lorsqu'on a éliminé les coquins, les méchants et les imbéciles, le nombre est restreint de ceux qu'on peut choisir pour amis. Les véritables amis sont rares ; je n'en ai pas d'autres et en amitié comme en bien des choses la qualité vaut.....

Que je desserve mes intérêts personnels auprès des professeurs par mes critiques, comme me le rappelle *charitablement* mon excellent confrère, je le sais. Mais las de voir les aspirations de la profession et du public toujours et complètement méconnues par l'École, j'abandonne toute prudence *humaine* et n'ai que faire d'inutiles ménagements. Et ce ne sont pas les airs de bravache d'un professeur fanfaron qui m'empêcheront d'exprimer mon opinion. Je continuerai mes critiques dans les limites permises, quand même je saurais payer d'un tombereau d'injures chaque mot de vérité que je dirai.

Depuis longtemps on nous promet une université. Nous l'avons. Mais qu'est-ce ? Un mot sonore ; un agglomérat de corporations indépendantes sans unité interne. Et ce que nous voulons c'est précisément cette unité interne où les intérêts des diverses Facultés se soutiennent, s'éclairent et se pénètrent. De nos jours une faculté de médecine ne se suffit plus à elle-même. Elle a besoin de l'appui de la profession et du public comme aussi elle a besoin du prestige que peut lui donner une université nationale homogène. L'École de médecine a suffi à son époque, mais l'ère nouvelle comportant de nouvelles mœurs demande aussi une institution nouvelle. Les fondateurs de l'École n'avait pas prévu l'université comme elle est aujourd'hui ; pouvons-nous prévoir l'université comme elle sera dans cent ans ? Les anciens sont tels que nous aurions été ; les jeunes ce sont eux comme ils seraient.

Ne dénonçons point notre solidarité avec le passé, si l'on veut, soyons du présent et si c'est passible prévoyons l'avenir. Se prolonger dans le passé, en même temps se prévoir, s'imaginer, se rêver dans l'avenir, c'est un état d'âme très élevé où les misères de la vie fugitive s'apaisent dans le sentiment de la continuité de l'homme.

Je ne me suis jamais opposé, comme m'en accuse le confrère, au projet d'intéresser la profession et le public à la fondation d'une chaire d'anatomie pathologique ; ce que j'ai combattu, c'est l'économie du projet qui fortifiait l'autonomie, l'indépendance de la Faculté au préjudice de l'union universitaire ; qui plaçait cette chaire sous le contrôle d'un fidé-commiss étranger à l'université ; qui enlevait à l'autorité du conseil universitaire supérieur le contrôle de cette chaire. Mon activité *negative* a neutralisé l'activité

positive de mon confrère en cette occasion, car le projet est à vau-l'eau.

Il se rattrape et cache sa défaite en voulant faire venir un professeur français dont l'enseignement sera payé par chacun de ceux qui voudront suivre ses savantes leçons qui ne dureraient que *six semaines*. Ce n'est point mon affaire. Il m'est indifférent que monsieur Jourdain fasse venir tous les professeurs qu'il lui plaira pourvu qu'il ne s'adresse pas au public pour lui en faire payer les honoraires. Cependant je mettrai mes confrères en garde contre une partie de ce projet dont je parlerai plus tard, en même temps que d'autres questions.

J'avertirai le confrère qu'il lui est inutile de s'adresser à la profession et au public pour obtenir des souscriptions en faveur de l'École aussi longtemps qu'elle ne sera qu'un syndicat financier indépendant de l'université.

Un mot au Dr. Nibor :

Mon cher confrère, vous avez le bras long et la main lourde. Quand vous donnez un soufflet j'en reçois un à mon tour par ricochet que je suis obligé de remettre. Le soufflet que vous donnez fait apparaître certain lustre sur la joue du destinataire ; celui que je reçois est sans compensation. Soyez prudent, s'il vous plaît.

Histoire de chasser l'humeur *morose* que me reproche le docteur Cléroux, je terminerai par une chanson. L'autre soir, en voyant passer joyeux et confiants mes jeunes confrères et les écoutant se féliciter entre eux de leur nomination à l'agrégation, il me vint à la mémoire ce refrain d'une romance bien connue de l'opéra de Rigoletto :

Femme est volage
Et bien peu sage
Est qui s'y fie
Un seul instant.

Et je pensai que ces paroles pouvaient aussi bien s'appliquer à la Faculté.

Dr. DESPLIN.

M. le directeur de *La Revue médicale*.

Monsieur,

Un de vos correspondant (1) demande si un pharmacien a le droit de vendre sans prescription des substances toxiques telles que la morphine, etc. Et, s'il voit une prescription indiquant un de ces poisons, peut-il répéter sans nouvelle autorisation, cette prescription pour un remède dont le malade veut évidemment abuser ? La réponse à la première partie de la question est facile, il n'y a qu'à citer la loi de pharmacie telle qu'amendée le 2 avril 1890.

La clause de cette loi ayant rapport à la vente des poisons se lit ainsi qu'il suit :

Art. 4033 S. R. Q.

“ Les différentes substances nommées ou décrites dans la cédule “ A de la présente loi (arsenic, chloral, cocaïne, morphine, etc., etc.) “ sont des poisons d'après la signification qui y est donnée.”

Art. 4034.

“ Il est défendu de garder ou de vendre aucun des poisons énumérés dans la dite cédule A sans que la boîte, la bouteille, le vase, l'enveloppe ou la couverture contenant ce poison ne soit étiqueté “ d'une manière distincte au moyen d'un écriteau portant le nom “ de la substance et le mot “ POISON ” ainsi que le nom et l'adresse “ du vendeur de ce poison.

“ Il est défendu de vendre un de ces poisons à une personne

(1) Voir dans le numéro 18 la question no. 14.

" inconnue du vendeur, à moins que cette personne ne soit identifiée par une personne connue de ce vendeur.

" Lors de la vente d'un tel poison, le vendeur doit, avant de le livrer, faire ou faire faire dans un registre tenu à cette fin, une inscription constatant, dans la forme de la cédule B, la date de la vente, le nom et l'adresse de l'acheteur, le nom et la quantité de du poison vendu, et le but pour lequel l'acheteur a déclaré en avoir besoin.

" La signature de l'acheteur et celle de la personne, s'il y en a qui a présenté l'acheteur, doivent être apposées à cette inscription.

" Rien dans le présent article ne doit s'appliquer à la composition et à la préparation des prescriptions de médecins ou " vétérinaires " contenant quelqu'un des poisons mentionnés dans la cédule A. "

La loi de pharmacie établit donc clairement que les pharmaciens peuvent *légalement* vendre tous les poisons en se conformant aux clauses de cette loi ; même les poisons prescrits par un médecin, et pourquoi pas ? Les industriels de toutes espèces en vendent bien eux sous forme de pilules, sirops, etc., et sans la moindre restriction. Alors, pourquoi la loi serait-elle plus sévère pour les pharmaciens que pour les non pharmaciens ?

Si la loi permet aux pharmaciens de vendre à peu près librement tous les poisons, la coutume dans toutes les bonnes pharmacies est de ne jamais délivrer des poisons comme le chloral et la morphine et autres médicaments dangereux à moins qu'il ne soit prescrits par un médecin.

Aucun pharmacien soucieux de sa dignité et de son honneur ne s'abaisserait au point de vendre sans discernement des substances telles que la morphine et la cocaïne.

En réponse à la deuxième question de votre correspondant à propos de la répétition des ordonnances contenant des substances toxiques, il suffira de reproduire des extraits d'un article que nous avons publié il y a quelque temps :

" L'on entend souvent les médecins se plaindre du fait que les pharmaciens répètent sans autorisation les ordonnances qu'ils prescrivent.

" Nous ne nions qu'il y ait des abus ; mais si l'habitude de répéter les ordonnances sans autorisation est si générale, les médecins eux-mêmes sont, dans une large mesure, responsables de cet état de choses.

" Quand il y a lieu de répéter les ordonnances, combien y a-t-il de médecins qui se donnent la peine soit de formuler de nouveau soit de donner par écrit l'autorisation de répéter ? Le médecin se contente de dire au malade d'aller chez son pharmacien et de demander une nouvelle quantité du médicament déjà prescrit."

" Il y a même plus. Lorsqu'il s'agit de la répétition des ordonnances contenant des substances toxiques, telles que la morphine, la cocaïne, le chloral, etc., on suit le même procédé ; et souvent, quand le pharmacien, par prudence, consulte le médecin pour avoir l'autorisation de répéter la première ordonnance, ce dernier témoigne de la surprise de ce que le pharmacien n'accepte pas l'autorisation transmise verbalement par le patient.

" Est-il étonnant, après cela, que les pharmaciens ne se fassent pas de scrupules de répéter sans autorisation les ordonnances qui ne contiennent aucune substance dangereuse par elles-mêmes. Dans le plus grand nombre des cas, les pharmaciens ne répètent pas sans autorisation les ordonnances qui contiennent des substances telles que la morphine, la cocaïne, le chloral, etc. Pour les ordonnances qui ne contiennent que des substances inoffensives, ils ne se gênent pas de les répéter et d'en fournir *ad libitum*. La chose est souvent regrettable, mais il est difficile, sinon impossible qu'il en soit autrement avec le système actuel, et cela pour plusieurs raisons.

" Quand un client demande une deuxième fois le médicament

prescrit par son médecin et que le pharmacien le lui refuse s'il n'a une autorisation, le client n'en revient pas de la surprise que cela lui cause. Si le pharmacien persiste dans son refus, le client se fait donner une copie de son ordonnance, s'il n'en a déjà une, va faire exécuter son ordonnance ailleurs, et le pharmacien perd son client. Ou bien, et c'est ordinairement le cas, le client affirme que son médecin lui a recommandé de continuer l'usage du même médicament.

" On comprend facilement que dans ces conditions il est difficile pour le pharmacien de refuser d'accepter l'affirmation du client, quand il s'agit, bien entendu, de médicaments inoffensifs par eux-mêmes.

" Tous ces ennuis seraient évités si le médecin avait le soin, quand il désire que son ordonnance ne soit pas répétée, d'en faire mention sur l'ordonnance elle-même. Il serait alors facile au pharmacien de refuser de fournir une deuxième quantité du médicament, sans froisser et perdre son client, n'ayant qu'à lui montrer les instructions du médecin. "

Veillez agréer, monsieur le directeur, l'assurance de mes sentiments dévoués.

J. E. W. LECOURS, pharmacien,
Professeur au collège de pharmacie de Montréal.

L'Association des Internes (anciens et actuels) de l'hôpital Notre-Dame.

Assemblée du 24 novembre 1899.

Présidence du docteur N. H. DUHAMEL.

Le secrétaire, M. le docteur Ethier, fait rapport sur le projet du dîner annuel de l'Association et il est résolu que ce banquet aura lieu samedi le 2 décembre prochain, à 8½ p. m. à l'hôtel Viger.

M. le docteur Ethier est prié par les membres de s'adresser aux autorités pour la pose de la plaque commémorative des internes morts au poste du devoir.

Ulcerations du larynx chez un pleurétique tuberculeux. — Le docteur Duhamel, en collaboration avec M. le docteur Hébert, rapporte un cas très intéressant d'*ulcerations laryngées* survenues chez un tuberculeux, souffrant d'une pleurésie gauche avec épanchement développée insidieusement. Le sujet est devenu aphone. Il souffre en outre d'une otite moyenne purulente. Le malade a été ponctionné deux fois. Comme traitement on lui a donné de l'iodure de potassium et on lui a fait faire des inhalations mentholées. Les ulcerations ont guéri très rapidement, après les ponctions et l'usage de l'iodure. Les ulcerations étaient assez profondes, situées sur la corde droite, non œdématisée, et il y avait peu d'exsudation. Le docteur Duhamel croit à un peu de paralysie de la corde dans la production de l'aphonie. Le malade est névropathe. Il ne reconnaît aucune histoire de syphilis. On se demande si l'iodure aurait eu son effet spécifique dans ce cas et si l'on devrait instituer un traitement à l'hydrargyre.

Le docteur Joyal croit à des manifestations tuberculeuses laryngées, répudie l'action spécifique de l'iodure dans ce cas, et suggère l'emploi de la *tuberculine* qui, si la lésion est tuberculeuse, détermine un peu de réaction locale autour de l'ulcération. La tuberculine lui aurait rendu de grands services dans trois cas de *tuberculose laryngée*. Il ne conseille pas chez le malade présent de recourir à un traitement mercuriel.

Le docteur Lesage croit les lésions de nature tuberculeuse et que l'on devra instituer un traitement *ad hoc*.

Le docteur Hébert rappelle le développement insidieux de cer-

taines pleurésies : absence de douleur, de dyspnée, de fièvre, de toux. Le seul symptôme qui attire l'attention étant souvent la déviation du cœur qui frappe le malade.

Le docteur Brennan demandé si l'on peut tenir compte de l'influence que la compression, les troubles vaso-moteurs et l'infection directe par la sécrétion purulente de l'oreille auraient pu avoir sur la production d'abord d'une desquamation épithéliale de la surface supérieure de la corde, puis d'une auto-infection par les microbes banals de la suppuration. Il croit la guérison trop prompte pour admettre l'action du bacille de Köch ou du streptocoque et même du staphylocoque pyogène. Il n'admet pas non plus l'action de la syphilis, car le sujet n'a jamais présenté de trace évidente de la maladie autre que ces petites ulcérations à évolution rapide. Il reconnaîtrait volontiers ici l'action de la compression et de phénomènes vaso-moteurs neurasthéniques, le sujet étant névropathe, ou trouble vaso-moteur, affaiblissement de la barrière épithéliale et production d'ulcérations par des germes venus de la sécrétion de l'oreille ou du dehors. La thoracentèse aurait enlevé une partie de la compression et les inhalations mentholées calmé les troubles vaso-moteurs ; les causes étant amoindries, la guérison a pu se faire très rapidement par les seules forces de la nature presque.

Les docteurs Hébert et Duhamel, rapportent que les examens des crachats n'ont pas révélé de bacille de Köch, mais des strepto et des staphylo. L'examen de la sécrétion de la surface des ulcères laryngés et du pus de l'oreille n'a malheureusement pas pu être fait.

Le docteur Ethier rappelle qu'il y a un an, on a trouvé des bacilles de Köch dans l'expectoration du malade.

Tumeur crânienne. — Le docteur Ethier présente un malade du service de chirurgie porteur d'une tumeur crânienne volumineuse ; deux bonnes photographies montrent bien l'apparence du sujet.

(Le cas sera publié.)

Au sujet de ce malade les docteurs Chagnon et Brennan font quelques remarques et mentionnent un cas semblable opéré par eux il y a déjà plusieurs mois.

(Ce cas très intéressant sera publié prochainement par ces deux messieurs.)

Ovaires cordiformes. — Le docteur Brennan montre deux ovaires enlevés le matin même ; ces organes ont une apparence très frappante : chacun ressemble en tous points à un cœur ; la partie correspondant aux ventricules est formée d'un kyste, et celle représentant les oreillettes semble éléphantiasique.

Hernie de la ligne semilunaire de Spigel. — Le docteur Brennan rapporte un cas très intéressant de cette forme rare de hernie, opéré par lui.

(Le cas sera publié.)

Hématomes tubaires rupturés. — Le docteur Brennan exhibe les pièces de deux cas d'hématome de la trompe de Fallope, opérés par lui.

(Les deux cas seront publiés.)

Et la séance est levée.

QUESTIONS ET REPONSES

15° Pourriez-vous m'indiquer un ouvrage français et un ouvrage anglais très récents et très pratiques sur le "diagnostic médical" ?

NANSEN.

R. — Les meilleurs ouvrages anglais semblent être : *Fenwick's Medical Diagnosis*, publié par J. & A. Churchill, Londres, 8e édit. ; prix 9 s. — *Hare's Practical Diagnosis*, 4th édit. \$5.00. — *Smith's Principles of Differential Diagnosis*, \$2.00. — *Loomis's Lessons in Physical Diagnosis*, 11th édit., Word & Co. \$2.50.

Parmi les auteurs français nous conseillons : Bouchard, *Pathologie générale*, 4 volumes parus. — Delene et Achard, *Manuel du diagnostic médical*, 1er vol. paru. — Spehl, *Manuel d'exploration clinique et de diagnostic médical*, 3e édition, 12 frs. 50.

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de notre confrère respecté, le docteur J. W. Mount, de Montréal.

Le docteur Mount est né à Saint-Henri de Mascouche. Son père était le lieutenant-colonel Philippe Mount. En 1854, le docteur Mount épousa Mademoiselle Farrell, sœur de Sa Grandeur feu Mgr. Farrell, de Hamilton. Une nombreuse famille a béni ce mariage ; parmi les enfants se voient feu le docteur John Mount, W. Mount, avocat, P. Mount, pharmacien.

Après avoir pratiqué à Mascouche, à Terrebonne, à Actonvale, le docteur s'est établi à Montréal en 1869. De 1882-1888, il fut échevin de la cité de Montréal. Il a présidé au comité de santé et s'est activement occupé de mesures hygiéniques. Il était médecin de la prison des femmes et de la Compagnie des Tramways.

Il était le type du bon médecin de famille, honnête, poli, consciencieux, comme il était le type de l'homme de société affable et spirituel. Mainte famille regrettera ses bons soins et son bon cœur. Le docteur succomba le 8 décembre 1899 à la suite de lésions artério-scléreuses du cerveau. Il était âgé de 70 ans.

Paix à ses cendres.

NOUVELLES.

— Le chirurgien-major, J. D. Brousséau, de la 1ère batterie de campagne de Québec, A. C., qui était allé suivre des cours d'instruction spéciaux à Netley et à Aldershot, est de retour.

Le major Brousséau est le seul chirurgien militaire canadien qui soit porteur d'un certificat de l'hôpital Royal Victoria, de Netley. Il mérite donc de chaleureuses félicitations sur le succès qui a couronné ses études médicales.

MARIAGE. — Le docteur Reginald de Lotbinière Harwood, fils de feu Robert W. Harwood, seigneur et ex M. P. P. de Vaudreuil, a épousé la semaine dernière Mademoiselle Tillie Macdonald, nièce de Sir William C. Macdonald. Le docteur Reginald Harwood pratiquera désormais à Pincher Creek, T. N. O.

NAISSANCES. — A Saint-André Avelin, l'épouse du docteur Jos. Baulne, une fille.

— Au numéro 119A avenue Laval, le 14 novembre, la femme du Dr. E. P. Chagnon, une fille.

BIBLIOGRAPHIE. — Nous saluons avec plaisir une nouvelle édition de l'excellent *Traité de matière médicale* du professeur Bartholow, — la dixième.

— Il se prépare un intéressant volume dont les auteurs sont des anciens élèves ou collaborateurs du professeur Welch, de Baltimore. L'ouvrage sera dédié au docteur Welch, en souvenir de sa vingt-cinquième année de professorat. Le volume se vendra \$5.00. On s'abonne en s'adressant au docteur F. P. Mall, secrétaire, Johns Hopkins University, Baltimore.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Les maladies infectieuses : tuberculose (suite).....	193
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : De l'hypertrophie splénique au cours des hépatites. — Les ictères acholuriques.....	194
CHIRURGIE : Plaie du ventricule gauche traitée par la suture. — Epistaxis, quelques notes recueillies à la clinique Lubet-Barbon, à Paris, par le Dr. N. A. Dussault (Québec).....	195
OBSTÉTRIQUE : Hématuries de la grossesse, par M. Guyon, ass. pr. d urologie, en son nom et au nom de M. Albaran. — Grossesse ovarienne, par Mlle Van Tussenbroeck. — Traitement de la rigidité du périnée.....	196
GYNÉCOLOGIE : Sur les avantages de la castration totale dans les suppurations annexielles, par Faure.....	197
PÉDIATRIE : La lymphangite gangreneuse du scrotum, en particulier chez le nouveau-né.....	198
THÉRAPEUTIQUE : Théobromine et digitale, par M. Vernon, thèse de Paris. — Action sédative du bleu de méthylène dans les différentes formes de psychoses, par M. le docteur Bodoni. — Toux d'hiver. Névroses grippales.....	199
MALADIES VÉNÉRIENNES : La fragilité du rein dans la syphilis, par Dr. L. Rénon. — Les poussées dénutritives de la syphilis au cours des périodes de santé apparente. Quand peut-on cesser le traitement d'un syphilitique ? par Morel-Lavallée.....	200
NOUVELLES	200

Travaux Originaux

Les maladies infectieuses

TUBERCULOSE

Suite (1)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Avant la découverte du bacille tuberculeux, il était extrêmement difficile de porter un diagnostic certain de tuberculose, à moins que les signes pathognomoniques de cette affection ne fussent bien évidents et que d'autres lésions secondaires ne soient pas venues compliquer la maladie préexistante.

Mais du jour que l'agent spécifique de la tuberculose fut connu, que, par les cultures et les inoculations, l'on put saisir son mode d'existence ; il fut aisé de le suivre dans son œuvre de destruction, et de bien connaître, comme si la chose se voyait devant nos propres yeux, ses luttes constantes contre le phagocyte, ses victoires nombreuses, ses associations puissantes.

De ce moment, les incertitudes du diagnostic disparurent peu à peu, et aujourd'hui, par suite des progrès étonnants que la science bactériologique fait chaque jour, nous avons des moyens à peu près infailibles de diagnostiquer un cas de tuberculose, même à son début.

La bacillose pulmonaire est, de toutes les manifestations tuberculeuses, celle qui exige du praticien l'attention la plus suivie, parce que plusieurs affections du poumon peuvent parfaitement bien la simuler, telles que la syphilis du poumon, l'hydatite pulmonaire, la lithiase du poumon, la bronchectasie, etc.

Toutes ces maladies présentent, avec plus ou moins d'intensité, les mêmes signes extérieurs qu'on rencontre dans la tuberculose vraie, les sueurs nocturnes, les crachats nummulaires, l'amaigris-

ment rapide, les ongles incurvés, la toux spasmodique, la fièvre hectique, et de plus, à l'auscultation, ces diverses affections offrent constamment des lésions à peu près identiques à celles qu'engendre la tuberculose, de telle sorte que le médecin, sans le secours de la bactériologie, reste souvent perplexe devant cette similitude des symptômes (1).

Pour éclairer ses recherches et pour aider à son diagnostic, le praticien est obligé de faire l'analyse microscopique des crachats ; et la présence du bacille dans les expectorations lèvera alors toutes ses indécisions et contribuera puissamment à porter un pronostic à à peu près sûr.

Outre ces affections sus-mentionnées, il ne faut pas oublier la fausse tuberculose du poumon ou la pseudo-tuberculose aspergillaire, maladie due à un agent spécial appelé *l'aspergillus fumigatus*.

Le tubercule, dans la pseudo-tuberculose, est anatomiquement semblable à celui de la tuberculose, et il n'y a que l'agent pathogène, le bacille, qui peut le différencier. Aussi, dans cette affection, qui est rare d'ailleurs, il est impossible de préciser la vraie nature des lésions existantes, à moins de faire l'examen bactériologique des crachats.

La tuberculose cutanée possède également ses simulations, et parmi les maladies qui, par leur siège et par leur gravité, peuvent quelquefois causer de sérieux embarras au praticien, nous citerons l'actinomycose.

Cette affection, qui n'a été étudiée sérieusement en France que depuis 1893, est due à *l'actinomyces bovis*, champignon du genre Oospora ; elle siège à la face, au cou, quelquefois sur le thorax et sur l'abdomen. L'actinomycose simule parfaitement le lupus, et il est alors très avantageux et même nécessaire de recueillir du pus et d'en étudier au microscope la véritable nature ; si c'est de l'actinomycose, on retrouvera facilement les *grains jaunes* où sont renfermés le parasite et ses spores, et si c'est du lupus, le bacille de Koch apparaîtra inévitablement.

En résumé, dans tous les cas douteux, que l'affection soit pulmonaire ou cutanée, qu'elle siège dans d'autres organes ou d'autres tissus, l'examen bactériologique s'impose, d'autant plus que le praticien, éclairé sur son diagnostic, pourra alors consciencieusement soigner son malade, le guérir quelquefois, le soulager toujours.

(1) Nous extrayons de la *Presse médicale*, du 30 octobre 1897, cette observation intéressante du docteur Potherat, de Paris, sur deux cas d'hydatite pulmonaire imitant la tuberculose :

« Je viens communiquer deux observations de kyste hydatique du poumon, opérés depuis deux ans.

« Le premier était un jeune homme, venu à Paris pour se faire soigner d'une pleurésie avec épanchement. L'amaigrissement, la toux, les crachats, l'hecticité, avaient fait croire à de la tuberculose pulmonaire ; toutefois, jamais il n'avait expectoré de bacilles de Koch. Une ponction ayant amené du pus, l'opération de l'empyème fut décidée et pratiquée. Elle montra l'intégrité de la plèvre et fit découvrir dans le parenchyme pulmonaire un kyste hydatique suppuré, qui, lavé et drainé, guérit complètement au bout de quelques mois.

« Le deuxième cas a trait à un homme de quarante et un ans, qui, lui aussi, avait présenté, à un degré plus marqué encore, les symptômes d'une tuberculose pulmonaire avancée. Pourtant, chez lui aussi, pas de bacilles de Koch, et, à l'auscultation, des signes physiques peu nets ; mais, à un moment donné des signes très nets d'un énorme épanchement purulent de la plèvre. En réalité, la plèvre ne contenait pas de liquide ; ses deux feuilletts adhéraient, et il existait un très volumineux kyste hydatique du poumon droit, qui fut incisé, évacué, lavé et drainé. Les suites furent simples ; la guérison se fit attendre assez longtemps, mais elle se fit complète et durable.

« De ces deux cas, on peut tirer, comme conclusion, que le développement des kystes intrapulmonaires est insidieux. L'absence prolongée et persistante de bacilles de Koch chez un sujet semblant atteint de tuberculose pulmonaire, peut conduire au diagnostic. »

(1) Voir les nos. 12, 14, 16, 20, 21.

La bactériologie est une science positive, malgré ses incertitudes du moment, et elle ne repose que sur la méthode expérimentale. Ce que le microscope a trouvé, ce que les inoculations ont prouvé, elle l'affirme bien haut et le donne aux chercheurs comme un résultat définitif.

Dans la tuberculose, outre l'examen bactériologique dont nous venons de parler, on peut arriver à poser un diagnostic certain par l'emploi de la tuberculine.

M. Hutinel, aux Enfants-Assistés, s'est servi de la tuberculine avec avantage dans le diagnostic de la tuberculose, tout à fait à son début. Il commence par injecter des doses de 1/20e à 1/10e de milligramme, pour parvenir, de cinq jours en cinq jours, à des doses plus fortes si la réaction ne se produit pas.

Ces injections faibles de tuberculine n'ont eu aucun effet préjudiciable sur la santé de l'enfant et réussissent presque toujours à faire découvrir la tuberculose même latente, quand tous les signes cliniques manquent tout à fait.

MM. Grasset et Vedel, de Montpellier, suivant en cela les travaux importants de Landauzy, Combemale, Raisart et Hutinel, ont produit vingt-huit observations qui démontrent d'une manière définitive les nombreux avantages résultant de l'emploi de la tuberculine à faibles doses dans le diagnostic de la tuberculose humaine.

Voici le résumé de leur rapport : " La tuberculine qui nous a été servie a été fournie par le docteur Borrel, de l'Institut Pasteur, sous forme de tuberculine précipitée : 50 milligrammes dissous dans 5 cc. d'eau et de glycérine, à parties égales.

" Cette tuberculine tuait le cobaye tuberculeux de un mois à un mois et demi, à la dose de quatre milligrammes.

" Nous avons employé cette tuberculine à la dose de 1 à 2, rarement 3 décimilligrammes. Nous n'avons jamais eu d'accidents.

" Au niveau du point piqué, on observe parfois une douleur assez vive, un peu de rougeur et de tension locale, mais tout cela disparaît vite par le simple repos au lit.

" On peut poser, en principe, qu'on peut demander à la tuberculine l'épreuve diagnostique sans provoquer, chez le malade, d'autre effet important que la réaction thermique ; il suffit, pour cela, d'employer des doses suffisamment faibles.

" Les phénomènes généraux consistent en douleurs de tête, anorexie, insomnie, courbature musculaire, et peuvent s'observer en dehors de toute réaction thermique. Ils sont passagers et non constants.

" La réaction ne peut être comptée comme ayant une valeur diagnostique que si elle dépasse 1°.

" En conclusion :

" 1° L'épreuve de la tuberculine doit être réservée aux cas suspects ou douteux pour lesquels la clinique et le laboratoire ne fournissent pas de signes de certitude nosologique.

" 2° Les faibles doses, les seules qu'il faut employer, ne donnent rien dans les tuberculoses avancées.

" 3° Le sujet à éprouver doit être apyrétique, mis au repos, et la température doit être relevée toutes les trois ou quatre heures.

" 4° La solution aqueuse de tuberculine, dosée à un décimilligramme par centimètre cube, sera préparée aseptiquement, employée fraîchement et doit être d'une limpidité parfaite.

" 5° L'élévation thermique observée doit dépasser nettement 1° pour être considérée comme positive et démonstrative, le maximum atteint ordinairement 1°5 à 2° jusqu'à 3°.

" 6° On commencera par la dose d'un décimilligramme pour recommencer à deux décimilligrammes, si les premiers résultats sont nuls ou incertains.

" Ces doses calculées sur un poids connu de tuberculine précipitée ne peuvent être opposées à nos doses de 1896 : trois à cinq décimilligrammes calculés sur un tuberculine brute.

" D'où nécessité, dans chaque travail de contrôle, de bien définir la tuberculose employée.

" 7° D'une façon générale, la réaction thermique commence de 12 à 24 heures après l'injection et dure 12 à 48 heures, le maximum étant compris entre 20 et 30 heures.

" Il est dès lors préférable de faire l'injection le soir, vers cinq heures, afin de pouvoir mieux suivre la réaction le lendemain.

" On peut observer aussi des réactions plus tardives.

" 8° Les injections de tuberculine faites suivant les règles énoncées constituent un moyen inoffensif et très important de diagnostic précoce de la tuberculose humaine."

Par tout ce qui précède, on déduit aisément que la tuberculine, employée à doses relativement faibles, sert avantagement à diagnostiquer la tuberculose à son début, mais quand le bacille de Koch a évolué dans l'organisme humain et s'y est multiplié au point de créer des lésions sérieuses, la tuberculine perd alors son pouvoir diagnostique, du moins en partie, et il ne reste au praticien, en face d'un cas douteux, que l'examen bactériologique (1).

Cette recherche microscopique, aidée des inoculations, est, nous le répétons, le plus sûr moyen de diagnostiquer la tuberculose, et cet examen peut se faire, comme nous l'avons déjà dit, dans la tuberculose pulmonaire, dès la première période, à l'apparition des hémoptysies.

Dans la tuberculose des reins et de la vessie, il est très facile de déceler le bacille dans les sédiments de l'urine, avec les mêmes procédés usités pour la recherche de ce microbe dans les crachats. Il en est ainsi des tuberculoses locales où le bacille se trouve, presque toujours en assez grande quantité dans les suppurations de ces lésions.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

De l'hypertrophie splénique au cours des hépatites.

L'hypertrophie de la rate au cours des hépatites est presque de règle ; on la rencontre aussi bien dans les cirrhoses veineuses que dans les cirrhoses biliaires, aussi bien dans le cancer, la syphilis ou

(1) M. Kelsch, dans une séance de l'Académie de médecine, de Paris, tenue le 21 décembre 1897, a particulièrement insisté sur l'emploi de la radioscopie dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à son début : " Depuis plusieurs mois, dit-il dans son rapport, j'examine par la radioscopie le thorax des jeunes sujets atteints d'affection légère du poumon. J'ai relevé un certain nombre de signes importants. Ce sont : la diminution de la transparence des sommets à des degrés variables ; l'adénopathie bronchique, unie ou bilatérale ; l'opacité générale, due à un épaissement de la plèvre ; la diminution des excursions diaphragmatiques unie ou bilatérale."

la tuberculose du foie que dans les ictères infectieux et dans l'ictère grave. Diverses explications en ont été données ; la première en date assigne un rôle important à la congestion splénique, consécutive à l'obstacle qu'apporte la sclérose portale à la circulation du sang dans la veine porte, et par suite dans la veine splénique ; mais cette stase veineuse est exceptionnelle, comme le démontrent la clinique et les constatations anatomiques.

Tout récemment, M. Chauffard émettait l'ingénieuse hypothèse suivante. Dans beaucoup d'hépatites, accompagnées de splénomégalie, ce n'est pas l'hépatite qui ouvre la scène, mais bien la splénite. En diverses circonstances la rate emmagasine des produits toxiques ou infectieux, qui, déversés dans le foie par la veine splénique, produisent les nombreuses dégénérescences de la glande biliaire. Dans la fièvre typhoïde, l'infection palustre, ne voit-on pas le parasite s'accumuler tout d'abord dans la rate, causer son hypertrophie, et secondairement gagner le foie par l'intermédiaire de la veine splénique ? Il s'agit bien ici d'hépatites d'origine splénique. Peut-être ce processus s'applique-t-il à bon nombre de cas, catalogués jusqu'ici sous différentes étiquettes. Pareille interprétation, si elle n'e s'applique pas à tous les cas, semble se vérifier fréquemment en clinique. Nous en avons pu observer, dans le service de M. le Dr. Oulmont, un exemple démonstratif. Chez une jeune femme de 26 ans, atteinte d'une infection bénigne à staphylocoques dorés la rate acquit en quelques jours de grandes dimensions, débordant les fausses côtes de 2 à 3 travers de doigts. A la fin du premier septenaire, le foie, resté indemne jusqu'à ce moment, augmenta rapidement de volume, jusqu'à dépasser de 4 travers de doigt le rebord costal. L'infection s'atténuant, la rate, puis le foie, revinrent à leurs proportions normales. Cette hypertrophie initiale de la rate, suivie de celle du foie, ne montrent-elles pas, comme une véritable expérience de laboratoire, le rôle capital joué par la rate dans l'hépatomégalie ? Enfin M. Charrin croit que dans beaucoup d'hépatites, la splénomégalie est par contre secondaire : la rate s'hypertrophie afin de suppléer le foie dans ses fonctions antitoxiques. Cette explication renferme peut-être une grande part de vérité ; car la suppléance ne s'exerce pas entre la rate et le foie seulement pour la fonction antitoxique, comme l'a indiqué M. Charrin, mais aussi pour une foule d'autres phénomènes organiques.

C'est ainsi que le foie et la rate concourent à détruire une grande partie des vieux globules rouges, devenus impropres aux échanges nutritifs. La présence d'une grande quantité de fer dans le parenchyme hépatique, la formation de la bilirubine aux dépens de l'hémoglobine le démontrent suffisamment pour le foie. Pour la rate, c'est l'accumulation du fer dans ses mailles, la formation de pigment ocre, la destruction des hématies par les grandes cellules de Kölliker, la teneur moins grande en globules rouges de la veine splénique par rapport à l'artère splénique, etc., qui démontrent son rôle hématolytique. Le foie et la rate détruisent également les bactéries en circulation ; les expériences de Wyssokowitch, Hess, Metchnikoff, Werigo, le prouvent pour le foie ; celles de Bardach, Soudakewitch, Bezançon, pour la rate.

A côté de ces fonctions communes indiscutables, il en existe d'autres, moins nettes il est vrai, mais admises par beaucoup d'auteurs ; c'est l'hématopoïèse par exemple, évidente dans le foie et la rate, durant la vie fœtale, probable chez l'adulte ; c'est encore la fonction uréopoiétique. Meisner, de Cyon, Murchison, Brouardel, ont montré le rôle considérable du foie dans la production de l'urée, Oscheidlen, Horbaczenski, celui de la rate.

Formalement, ces diverses fonctions semblent ébauchées par la rate, et parachevées par le foie ; mais à l'état pathologique, au cours des hépatites, l'activité physiologique du foie diminue, celle de la rate croît, peut-être dans de grandes proportions. Et la rate, afin de pouvoir remplir la tâche nouvelle qui lui incombe, s'hyper-

trophie, tout comme le cœur, lorsque l'asthénie vasculaire et les troubles respiratoires ou autres rendent sa tâche plus difficile.

D'ailleurs des exemples semblables ne manquent pas en pathologie générale. On connaît le rôle vicariant du rein à l'égard du foie, celui des glandes intestinales ou sudoripares à l'égard du rein, des ganglions à l'égard de la rate, etc. Il n'existe pas de spécificité fonctionnelle absolue pour chaque organe. Si tel phénomène se produit de préférence dans une glande, il n'en est pas moins vrai qu'il se retrouve plus ou moins ébauché dans d'autres viscères ; ainsi le glycogène se produit surtout dans le foie ; ne le rencontre-t-on pas aussi dans d'autres organes, les muscles en particulier ? L'hypothèse de la suppléance fonctionnelle de la rate se trouve donc confirmée par les données de la physiologie et de la pathologie générale.

(F. RAYMOND, in *Le progrès médical*).

Les ictères acholuriques.

Les ictères acholuriques étudiés par M. BORREL (thèse de Paris) méritent une place et un nom spéciaux dans le groupe des ictères (Gilbert et Fournier). En présence de tout coloration anormale des téguments, se présentant avec des caractères symptomatiques spéciaux décrits par Gilbert et Castaigne et basés sur la teinte de la coloration, le siège, la durée, l'évolution, l'examen des urines restant négatif au point de vue de la présence des pigments biliaires, c'est l'examen du serum qui doit lever tous les doutes et c'est à lui qu'il faut s'adresser en dernier ressort.

On est en droit d'affirmer qu'il y a ictère acholurique toutes les fois que, les pigments biliaires étant constatés dans le sérum, on n'en trouve pas trace dans les urines.

Les ictères acholuriques peuvent être soit biliphéiques, soit hémaphéiques. Dans le premier cas le serum ne contient que des pigments normaux, dans le second, il contient tantôt des pigments modifiés seuls, tantôt des pigments normaux et modifiés associés.

Ces ictères sont remarquables à la fois par leur tendance à la chronicité et par l'absence de gravité pronostique immédiate.

Au point de vue pathogénique, il y a lieu de distinguer :

- 1° Des ictères acholuriques dyspeptiques qui sont relativement bien connus ;
- 2° Les ictères acholuriques survenant au cours d'affections hépatiques mal classées.

Les premiers paraissent pouvoir s'expliquer surtout par la minime quantité de pigments biliaires, un certain degré d'imperméabilité rénale pouvant toutefois intervenir accessoirement.

Les seconds semblent être en rapport avec l'insuffisance fonctionnelle du rein.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

CHIRURGIE

Plaie du ventricule gauche traitée par la suture.

Un jeune homme de 17 ans reçut au côté gauche de la poitrine un coup de couteau-poignard. Il fit encore six pas, s'assit et perdit connaissance. Il ne reprit ses sens que deux heures après, à l'hôpital. M. PAGENSTECHEr le vit une demi-heure après l'accident. Il constata une étroite plaie dans le quatrième espace intercostal, en dedans et au-dessous du mamelon, n'ayant pas saigné au dehors et couverte de ouate imbibée de perchlorure de fer. Le pouls était insensible, la respiration presque nulle ; pas de réflexe de la cornée ; la mort semblait proche et inévitable.

On plaça le malade la tête basse et on le transporta ainsi à l'hôpital, où il reprit connaissance. Le pouls était toujours insensible à la radiale, et à la carotide, ce n'était qu'une légère ondula-

tion. La matité cardiaque était agrandie vers la gauche et continuait à s'étendre pendant les heures suivantes, si bien que le lendemain matin elle avait envahi presque tout le côté gauche de la poitrine. Le malade était très anxieux. Par la plaie il s'écoulait un peu de sang noir.

Pensant à une hémorrhagie interne, seize heures après la blessure, M. Pagenstecher se résolut à intervenir. Le malade fut endormi par l'éther. On fit une incision le long de la cinquième côte, dont on réséqua 6 centimètres. Après avoir ouvert la plèvre, on reconnut que le péricarde avait été perforé sur une étendue de 2 centimètres. Cette plaie fut agrandie jusqu'à une longueur de 5 centimètres. On vit alors que le cœur avait été blessé. Sur le ventricule gauche, à 3 centimètres de la pointe, se voyait une incision de 3 centimètres et demi à bords nets et s'entrouvrant à peine; par cette ouverture il se faisait un léger écoulement de sang clair. Le péricarde ne contenait pour ainsi dire pas de sang. On plaça sur la plaie du cœur trois sutures profondes et une suture superficielle. Les sutures profondes n'intéressaient cependant pas l'endocarde. La suture la plus élevée fut difficile à poser; car le point où elle devait être placée ne se découvrait que pendant un moment de la révolution cardiaque; le cœur fut alors attiré par l'un des fils, ce qui permit de terminer l'opération. Ces manipulations ne semblèrent pas influencer les contractions cardiaques.

La plèvre fut ensuite vidée du sang qu'elle contenait; la plaie du péricarde fut suturée, mais les fils de la suture cardiaque ne furent pas coupés pour servir au drainage en traversant la péricarde et la paroi thoracique. (Abeille médicale).

Epistaxis.

Quelques notes recueillies à la Clinique de Luby-Barbon à Paris

par le Dr. N. A. DUSSAULT (Québec).

Quelle conduite doit tenir le médecin en face d'un malade pris d'un saignement de nez.

A l'exception de cas d'hémorrhagie post opératoire ou traumatique on peut affirmer que le sang dans l'épistaxis est produit par l'érosion d'un vaisseau situé à la partie antérieure et inférieure de la cloison. Cette situation constante de la lésion dans un point accessible rend possible le traitement que nous allons exposer et inutile le tamponnement des fosses nasales. C'est un procédé simple et d'une exécution facile. Pour arrêter un saignement de nez, il faut un miroir frontal, un speculum, un stylet plat, une pince porte-coton, (modèle Luby-Barbon) de la cocaïne (10 pour cent), du nitrate d'argent ou bien de l'acide chromique. On fait asseoir le malade près d'une table sur laquelle on a placé une lampe pour servir d'éclairage. Disons en passant qu'il suffit déclaire convenablement le vestibule des fosses nasales pour voir le vaisseau qui saigne. L'application du spéculum rend la chose encore plus facile. Pour se bien rendre compte de quel côté vient le sang, on bouche avec le doigt successivement les deux fosses nasales. Cela une fois trouvé, avec de petits tampons de coton, on enlève les caillots de sang qui encombrant la fosse nasale. Puis on applique un tampon imbibé de cocaïne afin de prévenir les étournements qui pourraient se produire à la suite de l'application du nitrate d'argent. Armé du stylet plat sur lequel on fait fondre du nitrate d'argent, on applique la perle de nitrate d'argent sur le point qui saigne, en appuyant fortement pendant 10 à 15 secondes. A la suite de cette cautérisation, il se produit une escarrhe. Alors on peut dire au malade en toute sûreté, mouchez et tâchez de vous faire saigner. Si l'hémorrhagie ne se reproduit pas, comme c'est la règle, on cautérise de la même façon tout autour du point malade, en suivant le vaisseau d'aspect variqueux qui fait saillie sous la muqueuse. Puis pour maintenir la cautérisation on applique deux ou trois boulettes de coton enduites de pomade bori-

quée. Ce pansement peut rester en place vingt-quatre et même quarante-huit heures. Pour éviter de déchirer la muqueuse en retirant le coton, il est prudent de l'humecter avec de l'eau chaude. Pendant les jours qui suivent la cautérisation, il faut vaseliner les narines, pour éviter la formation de croûtes dures qui pourraient faire saigner la muqueuse. Ce mode de traitement a le double avantage d'arrêter l'hémorrhagie et d'en prévenir le retour, en créant un tissu de cicatrice. La formation d'une escarrhe est le seul moyen de guérison. Quant au tamponnement il est désagréable et ne donne pas de résultat favorable. (Bulletin médical de Québec).

OBSTÉTRIQUE

Hématuries de la grossesse.

Par M. GUYON (ass. pr. d'urologie),

En son nom et au nom de M. ALBARAN.

En février 1897, j'ai attiré l'attention sur les hématuries répétées durant la grossesse et l'allaitement; les observations en étaient rares et les accouchements ne les avaient que peu observées. Depuis, deux faits nouveaux ont été soignés à Necker.

En voici le résumé :

Premier cas. — Au cours d'une deuxième grossesse, après quelques troubles de miction, apparaît une hématurie au septième mois. Le cathétérisme de l'uretère montre avec toute certitude que le sang vient du rein droit. Les hématuries cessent avant l'accouchement, dès le 7 juillet. L'accouchement a lieu le 18. Les hématuries n'ont pas reparu depuis, la malade a été revue le 12 septembre.

Deuxième cas. — Il s'agit d'une femme enceinte de six mois; les hématuries, datant de quatre mois, sont abondantes; l'examen cystoscopique permet de voir que l'hématurie est rénale et montre des veines dilatées, tortueuses, que l'on peut suivre depuis le col jusqu'aux orifices urétéraux: l'hématurie cesse le 7 juillet, un mois environ après l'entrée de la malade dans le service. Elle quitte ensuite l'hôpital et n'a pas été revue.

D'autre part, Treub a publié trois cas semblables et il existe, en somme, aujourd'hui, douze observations.

Dans deux des nôtres, l'observation cystoscopique a été faite. Les hématuries sont soit d'origine vésicale, soit plus souvent d'origine rénale. Dans un cas, on a vu les vaisseaux de la vessie très congestionnés; dans l'autre, le cathétérisme a démontré l'origine rénale droite. D'ailleurs, à l'état normal, chez la femme grosse, il y a une forte congestion du segment inférieur de la vessie, surtout marquée au niveau du col, et une modification du jet urétéral, qui s'écoule en avant comme dans les cas de rétention rénale. Il y a donc, chez les femmes enceintes, deux causes physiologiques qui font comprendre le saignement.

Mais cela suffit-il? A la cause physiologique ne s'ajoute-t-il pas une cause pathologique?

Pour la vessie, une de nos observations indique la cystite. Pour le rein, dans un de nos cas il y avait augmentation de volume; et même dans la première observation de Treub, il existait certainement des lésions rénales que l'on pouvait supposer tuberculeuses.

D'après ces faits, il me semble difficile d'admettre que les hématuries gravidiques sont des hématuries essentielles. Ceci paraît d'autant plus certain, qu'à côté des causes mécaniques favorisant l'hémorrhagie rénale, il y a l'influence des lésions dues aux néphrites qui peuvent exister au cours de la grossesse; si bien que, dans le rein, la congestion peut se produire et devenir assez intense, pour être hémorrhagique, sans qu'une lésion macroscopique la sollicite; elle paraît même pouvoir amener les effets les plus graves, "en l'absence de toute altération anatomique cliniquement appréciable."

(Gaz. des hôpitaux.)

Grossesse ovarienne.

Par Mlle VAN TUSSENBRÆCK.

(Société Obstétricale et de Gynécologie.)

Il s'agit d'une femme de 35 ans ayant déjà eu 4 grossesses et qui se croyait de nouveau enceinte après un retard de deux semaines. Femme n'ayant jamais été malade. Accouchements antérieurs normaux avec des suites normales.

Un matin, la femme fut prise d'un évanouissement. Le médecin appelé la trouva sans pouls. Le ventre tendu était très douloureux. A son niveau on constata une matité se déplaçant avec les différentes positions données à la malade. On porta le diagnostic d'hémorrhagie interne due probablement à la rupture d'une grossesse ectopique.

A l'ouverture de l'abdomen faite par le professeur Kouwer, on trouva une grande quantité de sang et de caillots dans la cavité abdominale. L'utérus était un peu augmenté de volume. Rien du côté des annexes gauches. Du côté droit, la trompe, qui ne présentait d'ailleurs aucune adhérence, n'offrait également rien de particulier, mais sur l'ovaire, de ce côté, on constata en un point une petite tumeur de la grosseur d'une aveline. Les annexes du côté droit furent enlevées, et remises par M. le professeur Kouwer à Mlle Tussenbræck. L'opérée expulsa les jours suivants des lambeaux de caduque et guérit parfaitement.

La surface de la petite tumeur ovarienne était lisse sauf au niveau de la perforation où existait une petite ouverture par laquelle passaient quelques franges rougeâtres.

Les coupes faites par Mlle Tussenbræck montrèrent que cette tumeur était constituée par un ovisac contenant un embryon de 12 millimètres. Il s'agit donc ici incontestablement d'une grossesse ovarienne s'étant faite dans un follicule de Graaf. L'examen de la trompe montra que cette dernière était libre, que son pavillon était couvert et que l'insertion de la *fimbria ovarica* sur l'ovaire se faisait à une certaine distance de l'ovisac. Les parois de ce dernier sont absolument semblables à celles d'un corps jaune. Les tissus fœtaux sont identiques à ceux que l'on trouve dans les grossesses utérines.

M. PINARD fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire qu'une grossesse extra-utérine soit âgée pour déterminer les accidents hémorrhagiques les plus graves. Il a vu personnellement ces hémorrhagies se produire dans un certain nombre de cas où il s'agissait de grossesses de 5 à 6 semaines, le kyste fœtal ayant la grosseur d'une noisette. Il insiste sur l'importance pratique de ce fait.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Traitement de la rigidité du périnée.

D'après le *Medical Times*, il n'est pas meilleur topique, dans la rigidité du périnée, que le suivant, appliqué localement par le docteur Southworth :

Chloroforme.....	10 grammes.
Ether sulfurique.....	5 —
Eau de Cologne.....	5 —

M.

L'auteur est tellement satisfait de ce mode de traitement, qu'il écrit : "Celui qui l'essaie une fois ne voudra plus s'en passer. Je le considère comme indispensable et infaillible. Il agit bien et vite ; j'ai eu, grâce à cette préparation, de très grosses têtes passant à travers un périnée sans la plus légère trace de déchirure alors qu'il paraissait, au premier abord, que la chose fut impossible, sans une rupture très étendue."

(Journal des praticiens).

GYNÉCOLOGIE

Sur les avantages de la castration totale dans les suppurations annexielles.

Par FAURE.

La malade que je vais opérer devant vous est une jeune femme laquelle M. Reclus a pratiqué, il y a près d'un an, une laparotomie pour une affection bilatérale des annexes. L'opération, qui a été faite dans des conditions excellentes et quelque temps après la malade est sortie de l'hôpital complètement guérie. Mais cette guérison n'était qu'apparente. Au bout de peu de temps notre jeune femme a recommencé à souffrir. Elle a vu apparaître des écoulements incessants, des hémorrhagies rebelles qui ont résisté à deux curettages, successifs. Elle souffre constamment, se plaint de douleurs dans les reins, le bas-ventre et les cuisses. Elle est obligée de garder le lit et se trouve, en somme, à peu près aussi malade qu'avant son opération. Il est certain qu'elle n'est plus exposée aux complications graves qui menacent toute femme atteinte de suppurations annexielles. Mais l'état d'inflammation chronique et d'infection profonde dans lequel se trouve son utérus suffit à faire de cette femme une véritable infirme, et la fait assez souffrir pour qu'elle soit elle-même venue demander instamment une opération qui la débarrasse des troubles divers que je viens de vous rappeler.

L'histoire de cette malade est celle de beaucoup d'autres et il est certain qu'un grand nombre de femmes ayant subi l'extirpation bilatérale des annexes ont présenté dans la suite des troubles assez sérieux pour nécessiter l'ablation secondaire de l'utérus. J'en ai personnellement opéré plusieurs et, par une coïncidence étrange, nous avons actuellement dans le service une seconde malade, qui est pour le moment en observation, et chez laquelle il est très probable que je me déciderai à agir. Pour ne vous citer qu'un chiffre, qui me paraît correspondre à peu près à la réalité des faits, Richelot, sur 300 castrations bilatérales, a dû pratiquer 53 fois l'hystérectomie secondaire. Un sixième de ses malades avaient donc conservé des troubles assez sérieux pour motiver une seconde intervention.

Il serait d'ailleurs étrange qu'il en fût autrement. Il est de toute évidence que, si l'ablation des annexes peut avoir une certaine influence sur la nutrition de l'utérus. Si elle amène parfois sa diminution de volume, et même son atrophie, elle ne saurait avoir qu'une influence très restreinte sur son infection. Vous savez combien sont tenaces les lésions de métrite chronique qui résistent parfois longtemps aux nettoiyages, aux drainages et aux pansements intra-utérins les plus attentifs, et qui, lorsqu'un traitement bien dirigé a pu les guérir, se reproduisent souvent avec une ténacité désespérante.

Il n'y a aucune raison pour voir disparaître ces accidents après l'ablation des annexes et les femmes guéries de leurs salpingites continuent à souffrir de leur infection utérine.

La simple métrite est, en effet, une affection qui si elle n'est pas grave, est douloureuse et insupportable. Les écoulements leucorrhéiques, les hémorrhagies en sont encore les inconvénients les plus tolérables. Mais les souffrances, mais les pesanteurs abdominales, mais les douleurs dans les reins, dans les cuisses et le périnée, douleurs qui ne se calment ou ne s'atténuent que par le repos complet, condamnent les malade à l'inaction constante et à la chaise longue perpétuelle. Sans doute, c'est là un tableau un peu assombri et il est bien souvent des métrites plus légères. Il n'en est pas moins vrai que la métrite chronique est une affection des plus pénibles et que les femmes qui, débarrassées de leurs salpingo ovarites, présentent des accidents de métrite chronique, ne sont pas des femmes guéries et restent presque aussi malades qu'avant leur opération.

L'hystérectomie secondaire les débarrasse à la fois de leurs

écoulements et de leurs douleurs, mais il est évident qu'il eût mieux valu, dans ces conditions, pratiquer l'hystérectomie immédiate qui eût évité aux malades les chances toujours incertaines d'une seconde opération.

La fréquence de ces métrites rebelles, persistant malgré l'opération, a conduit un grand nombre de chirurgiens à préférer, dans les cas de lésions bilatérales, la castration totale, c'est-à-dire l'extirpation de l'utérus et des annexes, à la simple castration annexielle.

Pourquoi, disent ces chirurgiens, dont le nombre s'accroît de jour en jour, pourquoi conserver un utérus que la disparition des annexes a rendu sans objet et qui ne peut plus servir à autre chose qu'à faire souffrir celle qui le porte ? Mieux vaut pratiquer systématiquement la castration totale et débarrasser la malade à la fois de ses annexes dangereuses et de son utérus inutile et qui peut devenir le siège de nouveaux accidents.

La grande vogue dont a joui pendant ces dernières années l'opération de Pean, c'est-à-dire l'hystérectomie vaginale appliquée aux suppurations des annexes, a beaucoup contribué au succès de cette manière de voir. Elle a peu à peu habitué le chirurgien à l'idée du sacrifice de l'utérus dans la cure des lésions annexielles. De plus, l'excellence des résultats thérapeutiques obtenus par l'hystérectomie vaginale dans les cas où l'extirpation des annexes avait été possible, et même dans bien des cas où, par suite de difficultés opératoires, cette extirpation avait été incomplète, est encore venue plaider en faveur de l'importance qu'il faut attacher à la suppression de l'utérus.

Bien des malades atteintes de lésions utérines graves et de lésions annexielles relativement faibles ont, en effet, vu leurs douleurs disparaître complètement, à la suite de l'hystérectomie malgré une extirpation incomplète des annexes. Si bien qu'il est permis de se demander si, dans ces cas, les malades ne souffraient pas de leurs lésions utérines beaucoup plus que de leurs lésions annexielles, et qu'on a pu dire que, pour guérir bien des suppurations pelviennes, mieux vaut enlever l'utérus sans les annexes que les annexes sans l'utérus.

Cependant, beaucoup de chirurgiens, restés fidèles à la laparotomie, préféreraient encore la voie haute à l'hystérectomie vaginale pour le traitement des salpingites suppurées et la plupart d'entre eux n'avaient, par ce fait même, aucune tendance à pratiquer systématiquement l'extirpation de l'utérus en même temps que les annexes.

Les perfectionnements de la technique de l'hystérectomie abdominale ont fait tomber, chez un grand nombre d'entre eux, les dernières résistances, et il est certain que la castration abdominale totale se généralise de plus en plus.

Je ne veux pas discuter ici les avantages qu'elle peut présenter sur l'hystérectomie vaginale, ou réciproquement. Ce sera l'objet d'une clinique ultérieure. Je veux simplement discuter devant vous les raisons qui me semblent militer en faveur de la castration totale. Cette discussion ne saurait s'appliquer qu'aux cas dans lesquels on pratique la laparotomie, puisque, lorsqu'on croit devoir pratiquer l'opération de Pean, l'ablation de l'utérus constitue précisément le premier temps de l'opération.

Personnellement je suis fermement convaincu de la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale sur la simple extirpation des annexes. Et je voudrais examiner avec vous les principaux éléments de ma conviction. Il va sans dire que cette discussion ne saurait s'appliquer qu'aux cas dans lesquels il s'agit de lésions manifestement bilatérales. Lorsque les annexes d'un côté peuvent être conservées en totalité ou en partie, et que, tout en ayant l'espoir d'une guérison complète, on peut conserver à la femme ses facultés génératrices, il est évident qu'il faut le faire et qu'il ne saurait être question d'enlever l'utérus.

Je me suppose donc placé dans ces cas très fréquents où la laparotomie étant faite, les annexes étant sous les yeux du chirurgien, celui-ci, ayant constaté qu'elles sont des deux côtés trop malades pour être conservées, n'a plus qu'à décider s'il se contentera d'enlever les annexes ou s'il fera sauter l'utérus avec elles.

Les chirurgiens qui sont demeurés partisans de l'extirpation simple des annexes donnent à l'appui de leur manière de faire un certain nombre d'arguments qui demandent à être discutés avec soin.

Et d'abord, disent-ils, pourquoi compliquer une opération en général assez facile, puisque cette opération facile donne des résultats excellents. Et un grand nombre d'entre eux apportent à l'appui de leur dire de nombreuses statistiques qui prouvent qu'entre leurs mains l'extirpation des annexes donnent des résultats brillants et que sa gravité de moins en moins redoutable, donne un chiffre de guérisons opératoires que l'on peut évaluer en moyenne à 95 %. Il est très facile de comprendre que ces chirurgiens, satisfaits de ces résultats, qui sont incontestablement très bons, n'aient qu'une confiance restreinte dans la possibilité de leur amélioration et s'en tiennent à une manière de faire qu'ils jugent bonne et qui l'est.

Il n'en est pas moins vrai que les faits dont je vous ai parlé au début subsistent intégralement et que nombre de femmes opérées de leurs salpingites continuent à souffrir de leur utérus infecté. Les résultats obtenus sont donc bons, mais ils pourraient être meilleurs, et on ne peut contester que les femmes qui souffrent assez pour qu'on juge nécessaire de leur faire une hystérectomie secondaire, eussent singulièrement bénéficié, lors de la première opération, d'une intervention radicale.

D'ailleurs, disent encore les partisans de la castration simple, s'il est vrai que l'on voit quelquefois des malades, simplement privées de leurs annexes, continuer à souffrir, il n'est pas rare d'en voir qui, elles aussi, souffrent sérieusement après avoir subi la castration totale. Il est certain que quelques malades sont dans ce cas, et qu'il arrive de rencontrer des femmes qui, privées de leur utérus et de leurs annexes, se plaignent de souffrir encore. Mais ce sont presque toujours des nerveuses, des femmes atteintes de ces névralgies pelviennes rebelles et qui ne cèdent guère à aucun traitement. Encore si elles se plaignent de souffrir, n'ont-elles pas les inconvénients multiples qui résultent des pertes et des hémorragies. Opérées par la castration simple, elles n'en auraient pas moins continué à souffrir, avec quelques misères en plus. Et si la castration totale ne donne pas chez elles un résultat parfait, elle est encore supérieure à la castration simple.

Du reste, ces quelques faits négatifs ne sauraient en aucune façon infirmer les nombreux faits positifs dans lesquels des malades, souffrant encore après la castration simple, ont vu leurs douleurs disparaître après l'hystérectomie secondaire.

(à suivre)

PÉDIATRIE

La lymphangite gangreneuse du scrotum, en particulier chez le nouveau-né.

La gangrène dite foudroyante ou spontanée des enveloppes des organes génitaux externes de l'homme, qui semble pouvoir toujours être rattachée à une lymphangite à forme gangreneuse (Jalaguier) n'a été décrite jusqu'ici que chez l'adulte. Or, M. FOURRÉ a eu l'occasion d'observer, à l'hôpital des Enfants-Malades, deux nouveau-nés atteints de cette affection, et en a fait le sujet de sa thèse.

Dans ces deux cas il s'agissait d'une lymphangite réticulaire

ayant débuté, sans cause apparente, au niveau de la partie supérieure des cuisses pour envahir ensuite rapidement le scrotum qui se tuméfia et devint rouge et dure à la pression. Bientôt on vit apparaître à la partie médiane des bourses une plaque de gangrène blanche, accompagnée de plusieurs phlyctènes.

Chez le premier enfant dont l'état est resté relativement satisfaisant, malgré l'existence de symptômes d'intoxication générale, la plaque gangreneuse est tombée en sphacèle au bout de quelques jours laissant à nu les testicules que le processus morbide avait complètement épargné.

Le second nourrisson qui, outre le foyer gangreneux du scrotum, présentait un placard de gangrène à la verge, a succombé à la septicémie avant la chute des escharres.

Dans les deux cas on se trouvait bien en présence d'une lymphangite gangreneuse et non pas d'un érysipèle gangreneux ou d'un phlegmon diffus, les surfaces enflammées ayant été nettement délimitées par un limbe dentelé, sans bourrelet érysipélateux. D'autre part, l'examen clinique permit d'écarter l'hypothèse d'une infiltration urinaire qui aurait pu provoquer des symptômes analogues.

Le traitement local a consisté à pratiquer au bistouri des incisions aussi larges et aussi profondes que possible, de chaque côté de la ligne médiane du scrotum, puis à appliquer un pansement aseptique humide ou sec et à laver les plaies avec une solution de sublimé à 1 %, toutes les fois qu'on renouvelait le pansement.

Ces observations montrent que la lymphangite gangreneuse du scrotum revêt chez le nouveau-né un caractère de gravité qu'elle n'offre pas chez l'adulte. Son pronostic est, du reste, lié surtout à l'état de fonctions digestives de l'enfant. C'est ainsi que le premier petit malade dont nous venons de résumer l'histoire, celui qui a survécu, avait pour nourrice une femme vigoureuse jouissant d'une santé excellente, tandis que le second, celui qui a succombé, était allaité par une mère chétive et débilitée.

(Abeille médicale).

THERAPEUTIQUE

Théobromine et digitale.

Par M. VERNON (thèse de Lyon).

D'après M. LEMOYNE DE VERNON la théobromine est un diurétique fidèle et puissant ; elle agit directement sur le rein, ne demande au cœur aucun effort et soulage cet organe en amenant la disparition rapide des œdèmes.

La théobromine fait disparaître la dyspnée toxique et calme l'angoisse précordiale.

Dans les maladies orificielles, la digitale a ses contre-indications et ses causes d'insuccès, dont la principale est la myocardite ; la digitale, le médicament antiasthénique par excellence, peut même échouer dès les premières crises. Il faut lui substituer alors la théobromine. Celle-ci n'occasionne pas de malaises aux cardiaques.

Lorsque à une lésion quelconque du cœur s'ajoute une lésion rénale, en particulier dans la sclérose cardio-rénale, l'effet général de la digitale et spécialement ses propriétés diurétiques sont infidèles et presque toujours insuffisants. Il faut le plus souvent lui substituer la théobromine, qui assure la diurèse sans détrimement pour le rein et qui soulage le cœur en désencombrant la circulation périphérique.

Toutefois si la digitale est impuissante contre les œdèmes, elle pourra contribuer épisodiquement à régler l'état du cœur et on la donnera à dose modérée quand cet organe présentera des signes de défaillance.

Au cours de l'insuffisance rénale, pour lutter contre l'urémie

imminente ou déclarée, on obtiendra un succès plus certain et plus durable en joignant à la saignée locale ou générale qui ouvre le rein l'emploi de la théobromine qui réveille et active le fonctionnement de l'épithélium rénal.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

Action sédative du bleu de méthylène dans les différentes formes de psychoses.

Par M. le docteur BODONI.

Au cours des recherches faites à la clinique du professeur Morcellini, dans le but d'étudier l'élimination du bleu de méthylène chez les aliénés. M. le Dr. Bodoni a été frappé de l'action particulièrement élective du bleu de méthylène sur le système nerveux.

Cette influence d'ailleurs avait déjà été notée par certains auteurs. Bourg a attribué au bleu de méthylène une action vaso-constrictive, et Lemoine l'a, dans ce but, employé contre les paresthésies tabétiques.

Dans tous les cas où M. le Dr. Bodoni a expérimenté le bleu de méthylène, il a pu confirmer l'action vaso-constrictive qui se traduit par une pâleur plus ou moins prononcée des téguments. Chez tous les malades, quelques minutes à la suite d'une injection de bleu de méthylène, M. Bodoni a noté une dépression générale, parfois suivie de sommeil. Un malade atteint de manie aiguë devint ainsi tranquille et dormit presque toute une journée.

Dans 14 autres cas d'excitations maniaques diverses, le résultat fut le même. Dans tous les cas il n'y eut aucun accident et le médicament fut parfaitement supporté. Cette action sédative du bleu de méthylène est donc en somme assez remarquable pour qu'on puisse espérer voir prendre à ce médicament un rang important parmi tous les sédatifs et hypnotiques habituellement prescrits chez les aliénés.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

Toux d'hiver. Nevroses grippales.

Avant que l'action physiologique de la codéine ne fût connue positivement on savait qu'elle agissait d'une façon marquée dans certains cas de toux nerveuse et qu'elle pouvait maîtriser la toux fatigante de certaines affections pulmonaires. Plus tard, on reconnut que son effet comme sédatif nerveux était dû, comme le dit Bartholow, à une action spéciale sur le pneumogastrique. La codéine forme classe à part, en ce qu'elle ne suspend pas les sécrétions des voies respiratoires ou intestinales. D'avec la morphine, sous ce rapport, elle fait un contraste frappant. La morphine assèche la muqueuse respiratoire à tel point que son effet aggrave les désordres préexistants ; et sur l'intestin son emploi entraîne la constipation. Avec l'usage de la codéine on ne constate aucun de ces ennuis.

L'on savait que les produits de goudron de houille possédaient une grande valeur analgésique et antipyrétique, longtemps avant que des expériences au laboratoire de thérapeutique eurent précisé cette action. Comme conséquence de ces travaux de laboratoire, nous apprenons que certains dérivés de la série des coal-tar sont inoffensifs tandis que d'autres sont très dangereux. L'antikamnia a résisté aux épreuves de l'expérimentation sévère, tant au laboratoire qu'en pratique active ; et l'on est d'accord aujourd'hui que c'est le dérivé de coal-tar le plus sûr et le moins dangereux. Les tablettes d'antikamnia et de codéine offrent une forme commode d'administration de ces deux drogues précieuses. Les proportions sont bien celles le plus souvent indiquées pour les diverses névroses de la gorge, ainsi que pour la toux d'affections pulmonaires.

(The Laryngoscope).

Maladies veneriennes

La fragilité du rein dans la syphilis.

Par Dr. L. RÉNON.

Depuis un certain nombre d'années déjà on sait qu'il existe deux espèces distinctes de néphrites syphilitiques : une précoce, de nature épithéliale, caractérisée par un début brusque, des œdèmes considérables, une albuminurie abondante ; une seconde tardive, gommeuse ou scléreuse, à type de néphrite chronique. Les syphilitiques peuvent d'ailleurs avoir eu des affections antérieures, saturnisme, scarlatine, etc., qui créent pour leur rein un locus minoris resistentiæ ; mais il est d'autres cas, dans lesquels sans aucune raison bien définie, la syphilis frappe le rein. La question de savoir si chez les syphilitiques cet organe est plus fragile que chez les autres se pose alors nettement. Cette fragilité ne fait pas de doute pour l'auteur qui, à l'appui de son opinion, rapporte les deux observations suivantes : 1° Il s'agit d'abord d'un jeune homme de vingt ans, en pleine période d'accidents syphilitiques secondaires qui, à l'occasion d'un bain de mer a été atteint de néphrite aiguë. On ne relevait chez lui aucune cause antérieure de néphrite, la température le jour du bain était élevée et aucune imprudence n'a été commise. Ce jeune homme a donc eu son rein touché, à l'occasion du froid, mais par sa syphilis. 2° Le second avait déjà eu des accidents d'aphasie complexe du fait de sa vérole lorsqu'il fut atteint d'une poussée aiguë de néphrite qui se calma sous l'influence du régime lacté et du traitement hydrargyrique. Une deuxième poussée identique survint trois mois environ plus tard. Peu après, le malade fut frappé d'une hémiplegie gauche qu'amenda rapidement le traitement hydrargyrique et ioduré. Ici encore on ne trouve ni scarlatine, ni infection, ni intoxication antérieure, mais les deux poussées de néphrite ont été encadrées, pour ainsi dire, entre deux attaques d'endartérite cérébrale. Il s'agit donc encore dans ce cas d'une fragilité spéciale du rein due à la syphilis. En analysant les cas publiés dans la littérature médicale, abstraction faite de ceux où il y a eu des infections antérieures, l'auteur en trouve 36 très probants dans lesquels il est expressément spécifié que la syphilis et le refroidissement peuvent seuls être incriminés. Cela posé, une intéressante question se présente, qui est la suivante : Le traitement antérieur rend-il le rein moins fragile ou plus fragile ? Or, il résulte des statistiques fournies par l'auteur, que dans la néphrite aiguë comme dans la néphrite tardive, le traitement antérieur ne diminue ni n'augmente (comme quelques auteurs l'ont cru) la fragilité du rein. Cette fragilité résulte évidemment du virus syphilitique qui, selon toute vraisemblance, passe en plus grande quantité à travers le rein sous l'influence d'une action vaso-motrice justiciable elle-même de l'effet du froid. En terminant, l'auteur cite, en y souscrivant, les paroles du professeur Dicuiafoy qui se demande si, au point de vue prophylactique, le régime lacté ne devrait pas être ordonné pendant quelques mois à tout individu qui vient d'avoir un chancre syphilitique.

(*J. de méd. de Paris*).

Les poussées dénutritives de la syphilis au cours des périodes de santé apparente. Quand peut-on cesser le traitement d'un syphilitique ?

Par MOREL-LAVALLÉE.

L'explosion des premiers accidents secondaires s'accompagne usuellement de troubles généraux, d'anémie, de pertes des forces ; le malade subit un amaigrissement plus ou moins considérable : il perd très fréquemment 2, 4 ou plusieurs kilogrammes en quelques semaines, et mettra autant de mois environ à les recouvrer, mais

jamais intégralement. Depuis plus de dix ans, l'auteur impose à tous ses clients l'obligation de se peser de dix en dix jours, et il augure ainsi, d'après le déchet subi, du plus ou moins de gravité, de "force" de l'infection spécifique.

Ces phénomènes de dénutrition peuvent même s'exagérer à ce point qu'ils en arrivent à constituer, à eux presque seuls, un type spécial de la maladie ; celui-là même précisément qu'on a dénommé autrefois syphilis dénutritive secondaire. On voit alors, dans ces cas exceptionnels se dérouler le tableau d'une quasi anémie pernicieuse suraiguë. L'auteur a ainsi rapporté l'observation d'un homme qui, à la fin de la seconde incubation, avait en deux mois tellement maigri qu'il n'osait sortir dans la rue de peur d'être la risée de ses voisins. Il avait dans ce laps de temps, perdu 19 kilos, tombant de 151 à 113 livres. Or, il ne s'agissait pas là de la cachexie due au développement des symptômes de la syphilis maligne précoce : aucun autre symptôme, aucune ulcération n'avait encore paru.

Si, à l'hôpital, il est si difficile, voire même impossible de persuader au malade la nécessité de prolonger aussi longtemps la cure spécifique, même avec un dossier syphilitique terriblement chargé, la clientèle de ville fournit un assez grand nombre d'exemples de gens éclairés, soigneux et même parfois timorés, qui — une fois achevé le cycle des cures espacées constituant le traitement méthodique établi d'après les données de l'expérience et de l'induction scientifique la plus justifiée — réclament de leur médecin, même en l'absence de tout accident nouveau, et à une date bien plus éloignée du début de l'infection, la reprise de nouvelles cures périodiques. Or, lorsqu'on arrive à interroger les maîtres sur l'opportunité qu'il pouvait y avoir à accorder sur ce point satisfaction à des clients depuis longtemps indemnes, mais obéissant à des craintes pour le moment non motivées, la réponse que l'on obtient est presque invariablement celle-ci : " Je ne me reconnais pas le droit, dans l'état actuel de la science, d'imposer à des sujets depuis longtemps guéris en apparence, et qui se sont soumis avec soin et régularité au traitement méthodique pendant les cinq années d'usage, d'imposer à ces sujets la reprise indéfinie de la médication mercurielle et iodée qui, à la rigueur peut n'être pas sans inconvénient, et dont l'utilité ne me paraît pas dans ce cas démontrée."

Voici quelle est la conclusion de l'auteur : " Si je ne me reconnais pas non plus, dit-il, en de pareilles conjectures, le droit " d'imposer " l'administration indéfinie de cures spécifiques en séries, je dois, d'un autre côté, déclarer ceci : En présence des cas de contamination tardive publiés ces dernières années, des observations analogues à celles que j'ai rapportées, et où le tertiarisme est venu frapper à l'improviste des syphilitiques méthodiquement, soigneusement et longtemps traités (et qui eussent volontiers accepté de se soumettre à une promulgation du traitement, si même ils ne l'ont pas réclamée), je ne me regarde plus comme autorisé à répondre par la négative aux propositions qui pourraient m'être désormais formulées par mes clients de revenir à des cures mercurielles de trois ou quatre semaines, répétées deux ou trois fois par an, c'est-à-dire de prolonger le traitement spécifique conventionnel intermittent et cela pendant un temps jusqu'à nouvel ordre indéfini."

(*Bulletin méd. — Indépendance médicale*).

NOUVELLES.

— Nous apprenons que M. le docteur Eugène Mathieu, frère du recteur de l'Université Laval de Québec, part prochainement pour l'Europe. Son absence durera plusieurs mois.

Nous lui souhaitons un bon voyage et un heureux retour.

NÉCROLOGIE. — Nous regrettons d'apprendre la mort de M. le docteur Napoléon Morency, de Saint-George, Beauce.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX	PAGES
Le sanatorium et les tuberculeux indigents.....	201
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Valeur du signe costal dans l'entéroptose et la dyspepsie nerveuse, par Stillier. — Foie flottant et sa signification clinique, par Einhorn.....	203
CHIRURGIE : Rétraction de l'aponévrose plantaire, par Ch. Féré. — Stérilisation constante des instruments.....	204
OBSTÉTRIQUE : La môle vésiculaire est produite par un enchondrome du placenta, par M. Delore, de Lyon.....	204
GYNÉCOLOGIE : Sur les avantages de la castration totale dans les suppurations annexielles, par Faure (suite).....	205
PÉDIATRIE : La péritonite blennorrhagique chez les petites filles.....	206
THÉRAPEUTIQUE : Les lavements de fer dans le traitement de la chlorose. — L'hydrochlorate de phénocolle dans l'idiosyncrasie quinique et dans le rhumatisme articulaire.....	207
MALADIES VÉNÉRIENNES : Du phadégénisme dans les syphilides tertiaires et du traitement de ces syphilides, par M. le professeur Fournier.....	207
NOUVELLES	208

Travaux Originaux

Le sanatorium et les tuberculeux indigents.

Monsieur le président, (1)

Messieurs,

Le dernier congrès pour la lutte contre la tuberculose tenu à Berlin vient de terminer ses travaux et aucun nouveau rayon de lumière n'est venu éclairer le champ de la thérapeutique. Alors l'on a bien le droit de se demander : Qu'a-t-on fait à ce congrès ? Pourquoi a-t-on convoqué à un grand banquet scientifique un si grand nombre de travailleurs de tout l'univers civilisé ? Quel a été le résultat de ces grandes assises internationales ?

Ce qu'on a fait, on a fait le procès de la tuberculose. On a entendu tous les témoins intéressés dans cette cause ; on a longuement parlé de la prophylaxie, de la thérapeutique de cette terrible maladie endémique et l'on a disséqué toutes les causes multiples de sa propagation. Tous d'un commun accord ont reconnu que le microbe était l'ennemi et que le sanatorium était le remède. On a énuméré avec fierté les brillantes victoires remportées sur les maladies contagieuses contre lesquelles nous n'avons pas de pouvoir immunisateur : choléra, fièvre, etc. Ces succès doivent nous encourager à marcher à la conquête des tuberculeux par la même voie, c'est-à-dire la voie hygiéno-diététique qui est le plus sûr moyen pour donner la mort aux bacilles et la vie aux malades. Aujourd'hui il n'est plus permis d'ignorer que la tuberculose est la plus cruelle des pestes qui déciment les populations. En Europe elle inscrit à son compte le quart de la mortalité totale, à Montréal elle tue chaque année 749 personnes. Or que faut-il faire pour enrayer la marche toujours envahissante du bacille de Koch ? Trois choses s'imposent : il faut d'abord augmenter le nombre de combattants créer de profondes convictions, et se servir habilement des armes que nous avons à notre disposition pour lutter contre cette terrible affection. Il faut absolument que l'unanime opinion du corps médi-

cal concourt à renverser l'idée, heureusement fausse, de l'incurabilité de la tuberculose qui règne encore en maîtresse parmi le peuple. Il faut diminuer le nombre de ceux qui viennent nous consulter en vous disant : " Surtout, docteur, si je suis en consommation, ne me le dites pas. " Ou le plus souvent, c'est la mère qui vous supplie de ne pas effrayer sa fille, si nerveuse ; ou, hélas ! plus souvent encore, nous entendons dire : " C'est inutile de le faire traiter, il est en consommation. " C'est pourquoi l'on voit des malades sans traitement, abandonnés de leurs parents, hélas ! j'en ai vu, parce qu'ils sont tuberculeux, et il n'y a rien à faire, disent-ils, ça ne se guérit pas la consommation.

Messieurs, le père qui abandonne son enfant, sans traitement, à la première période de la tuberculose mérite de voir son nom inscrit au nombre des homicides dans le livre de l'éternelle justice, et le médecin qui par septicisme thérapeutique laisse son malade s'acheminer lentement vers la mort devrait être considéré comme un criminel. Pour détruire ce préjugé profondément enraciné de l'incurabilité de la tuberculose, il faudrait un long, pénible, et persévérant travail.

Il faudrait dire et répéter souvent les succès obtenus, enchaîner arguments sur arguments, accumuler preuves sur preuves et laisser parler la statistique plus éloquente encore. Que vous dira-t-elle ? si vous interrogez les médecins des sanatorium, on vous répondra :

	Mortalité pour %.	Guérison pour %.	Amélioration pour %.
Talkenstein.....	4	14	77
Gorberdorff.....	7	25	72
Reiboldsgrüm.....	2	27	73
Dorvos.....	4	40	40
Hohenhounef.....	4	58	40
Nordroe.....	4	30	65
Halila Tinklade Pouds.....	13	37	33
Canigon.....	73	44	33
Adirondack.....	13	25	35
Oingak.....	4	23	43
Leysin.....	16	12	59
Arcachon.....	29	75	46
Enfants tuberculeux.....	8	34	35

Il est donc évident que le tuberculeux qui veut, qui peut se traiter, peut guérir, les rapporteurs de ces différents sanatoriums ne se sont pas entendus pour donner tous les mêmes résultats, également favorables. Mais l'ouvrier, celui qui est obligé de vivre de son travail, celui qui, déshérité de la fortune, reste désarmé devant la maladie, enfin celui qui constitue le capital social du pays, que faites-vous pour le guérir ?

Rien, absolument rien. Comme pour toutes les maladies épidémiques, ce sont eux qui payent à la tuberculose le plus lourd tribut.

Qu'arrive-t-il lorsque le père ou la mère de famille est souffrant ? Ou l'hôpital les reçoit, ou le foyer les retient.

S'ils demeurent chez eux, nouvelle charge, nouvelle dépense, et la misère est la compagne inévitable de la tuberculose, et quand après avoir lutté des mois l'un d'eux disparaît, la contagion s'est faite parfois chez les voisins, mais toujours chez les enfants qui sont

(1) Ce travail a été lu devant les membres du Comité d'études médicales de l'université Laval, en novembre dernier.

ordinairement très jeunes ; car ceux qui meurent sont des jeunes ayant coûté bien des sacrifices à leur famille, ils sont emportés par la maladie au moment où, pouvant marcher par leurs propres forces, ils se préparent à leur tour à fonder une famille, à moins que, atteints quelques années plus tard, ils ne meurent, laissant une femme et des orphelins, qui sont souvent dans le dénument le plus complet. Leur mort est donc une perte sèche pour la société, à laquelle ils n'ont pas rendu les services qu'ils en avaient reçus.

Ouvrier intelligent dont le patron connaissait les talents, le mérite et la valeur, il a travaillé jusqu'au dernier moment, il a porté à l'atelier le germe de la maladie et il est des places, vous diront ceux qui observent, où les ouvriers qui lui succèdent sont chacun à son tour atteints du même mal.

Si le malade se dirige vers l'hôpital, que recevra-t-il ? que lui donnez-vous ? vous lui offrez qu'un asile de jour et de nuit pour attendre la mort, vous le placez dans un endroit plus offensant que secourable où il ne trouve ni air, ni repos, ni alimentation suffisante qui sont les trois bases du traitement de la tuberculose. Ne croyez-vous pas que si vous dévoilez aux yeux des bienfaiteurs de nos institutions hospitalières la triste vérité sur le sort des tuberculeux, croyez-vous que leur zèle ne serait pas diminué si vous leur disiez que chaque année une somme considérable est employée à mal nourrir des tuberculeux qui s'éteignent lentement, mais sûrement.

Si vous comptiez les longues nuits d'insomnies que causent vos tousses à leurs voisins, les typhiques ou les rhumatisants, si vos registres indiquaient la longueur de la convalescence de ces malades ainsi troublés, si vous déclariez que dans vos hôpitaux, vous conservez des tubes humains ensemencés du bacille de Koch pour greffer les autres malades d'une affection tuberculeuse, car ce n'est qu'à l'hôpital que l'on voit pousser la tuberculose sur un terrain cirrhotique ou cancéreux.

Ne croyez-vous pas que vos généreux donateurs seraient très heureux d'offrir davantage si, leur montrant le mal dans toute son horreur, vous leur proposiez le remède. Le mal est considérable, il est évident. La contagiosité de la tuberculose n'est plus une doctrine, c'est un fait certain. Partout où il y a des bacilles tuberculeux, il y a danger de contagion. Or le bacille de Koch est de tous les bacilles le plus résistant. La dessiccation répétée ne le tue pas, ni l'humidité, ni la putréfaction, ni la chaleur sèche à 70° et même à 100°. Il faut pour le détruire la chaleur humide à 100° pendant 2 minutes, ou l'action prolongée d'une solution caustique d'acide phénique. Il vit donc des mois là où il est déposé, ne perd que lentement sa virulence, et, même mort, provoque encore des lésions de tuberculose localisée. Or, ce bacille si redoutable fourmille par milliards dans les crachats des tuberculeux. C'est assez dire le péril d'un séjour prolongé dans une salle d'hôpital où la désinfection rigoureuse des crachats n'est pas assurée et où les malades souillent les murs et le parquet. C'est le cas de nos salles d'hôpitaux. Le tuberculeux étant donc un danger pour un camarade de salle, il doit être éloigné et soigné à part.

Que faut-il donc lui donner pour le guérir ? Il faut lui donner des forces nouvelles et relever son organisme. Et comment ? Par une aération continue et réglée de jour et de nuit, par une alimentation vigoureuse, par le repos prolongé et le sommeil. Or, rien

de cela n'est possible dans la salle commune. L'aération est empêchée par le pneumonique ou le rhumatisant, dont la maladie exige que la fenêtre soit close. L'alimentation est rendue difficile par le défaut d'aération et le manque d'appétit qui en est le résultat.

Quant au repos et au sommeil, il est troublé par le malade endolori ou délirant. En conséquence, dans l'intérêt général, dans l'intérêt particulier du tuberculeux lui-même, le sanatorium est une nécessité, une nécessité absolue. Mais pour atteindre ce but il faut des fonds, et pour obtenir des fonds il faut vulgariser l'idée de la curabilité de la tuberculose qui est restée jusqu'ici trop cantonnée dans un cercle trop étroit du monde médical. Si la charité privée est toute prête à venir en aide aux malheureux malades, il est nécessaire que sa religion soit bien éclairée et qu'elle soit convaincue de faire œuvre utile et bonne. Ne pensez-vous pas qu'à la voix de médecins se groupant et se levant pour dire aux riches, aux philanthropes, à tout homme bien pensant : " Nos tuberculeux peuvent maintenant guérir, mais ils périssent tous parce qu'on ne nous donne pas de quoi les soigner. " Pensez-vous que le peuple ne répondrait pas immédiatement et ne trouverait pas dans son cœur et dans son épargne de quoi satisfaire nos vœux, par un élan spontané de pitié.

Nous aurions, en adressant à la population cet appel collectif un rôle très honorable et très beau, car nous montrerions à tous, que nous avons su garder intactes les traditions du passé et qu'au milieu du septicisme qui nous environne de toutes parts, nous nous sommes souvenus qu'avant d'être une profession la médecine était un sacerdoce.

Dans la lutte engagée contre la tuberculose, notre plus cruelle ennemie, ne ménageons donc pas ni nos peines, ni notre temps, et pour guérir nos malades mettons à leur service notre science, notre activité, notre énergie, notre conviction et notre persévérance. Il faut absolument forcer le public à s'intéresser à cette question, et il est d'une importance non moins absolue qu'on lui fasse bien comprendre que le médecin n'a en vue aucun intérêt personnel, mais qu'il est guidé par l'intérêt social.

Si ces sentiments d'humanité ne suffisent pas pour persuader les plus matérialistes, il faudra intervenir par un calcul et leur prouver chiffre en main qu'ils ont intérêt à seconder nos efforts. Ce calcul a été fait et nous arrive du bureau d'hygiène de l'Empire d'Allemagne et s'établit comme suit : en admettant que, sur les 90,000 malades de 15 à 60 ans qui meurent de tuberculose pulmonaire, 12,000 soient désignés pour suivre le traitement au sanatorium, que, sur ceux-ci, 9,000 puissent, par suite de ce traitement, reprendre durant 3 ans le travail interrompu, il s'ensuit qu'en portant à 500 marcs (\$125.00) en moyenne le chiffre du salaire annuel, le bénéfice social sera de $3 \times 500 \times 9,000$ ou 13,500,000 marcs (\$3,375,000) et si de ce montant on déduit les frais de traitement et les intérêts des capitaux engagés ce bénéfice restera de 7,500,000 soit (\$1,875,000). Ces résultats remarquables, ces bénéfices considérables ont frappé le gouvernement allemand et les compagnies d'assurances et tous deux contribuent largement à l'entretien et à la formation de sanatorium populaires. La caisse d'assurance contre les maladies, qui paie ordinairement les frais de traitement de leurs membres malades envoient à bonne heure ces tuberculeux au sanatorium et éco-

nomisent ainsi suffisamment de service de rentes pour les traiter sans frais nouveaux. Le fond de réserve s'accroît chaque jour alimenté par les versements de ces phthisiques guéris ou améliorés, qui retournent au travail. Remarquez bien qu'il ne s'agit pas de calculs hypothétiques. Les sanatoriums fonctionnent depuis plusieurs années ; les villes, les sociétés particulières, les compagnies d'assurance ont publié leurs rapports et les mettent facilement à la disposition de ceux qui s'intéressent à cette question.

Nous avons donc la preuve évidente que les tuberculeux indigents fournissent 30 à 35 % de guérison et 40 à 55 % d'amélioration, ce qui rend à la santé 70 à 85 % de malades capables de travailler encore durant un temps plus ou moins long.

La nation retire donc des sanatoriums un intérêt financier et social.

Il faut que le médecin convainche son client riche que la tuberculose est à sa porte ; que, malgré toutes les précautions hygiéniques qu'il prend, malgré son bien-être apparent, il est exposé à la contagion dont il veut se désintéresser ; il faut lui montrer que lui et sa famille sont à la merci des bacilles répandus soit par ses domestiques, soit par l'ouvrier qui viendra travailler sous ses lambris dorés ou qu'il rencontrera dans un endroit public. Au patron, à l'entrepreneur, au chef d'usine, le médecin fera comprendre qu'un tuberculeux qui meurt, c'est une partie du capital qui s'en va, et que s'il a des ouvriers mal portants, affaiblis par la maladie, son industrie en souffre, son intérêt personnel est menacé ; en effet un ouvrier qui, bien portant, lui fournirait dans une journée une somme de travail donné, n'en fournira plus durant le même temps, s'il est malade que le tiers ou la moitié, alors que la rémunération restera sensiblement la même.

Il sera certainement possible de faire comprendre que des fonds placés sans intérêt apparent sont loin d'être perdus, puisqu'en quelque sorte ils ne font que payer une espèce de prime d'assurance, dont ils seront largement remboursés par le travail meilleur d'un ouvrier bien portant. Je ne veux pas abuser davantage de votre bienveillante attention et je termine en formulant le vœu qui doit occuper le corps médical, les administrateurs des hôpitaux et les bienfaiteurs de ces institutions, savoir : Que le traitement des tuberculeux indigents dans les sanatorium s'impose à trois points de vue :

1° Le sanatorium assure l'isolement du tuberculeux qui, par sa présence, constitue un danger pour la société ;

2° Le sanatorium, grâce à ses installations spéciales, permet seul de donner aux tuberculeux les soins dont ils ont besoin ;

3° Les sanatorium, destinés spécialement aux malades les plus curables, permet de réaliser un véritable gain financier et social comme l'ont démontré les résultats obtenus par les compagnies d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse.

Mais étant donné les sacrifices pécuniaires exigés pour ces réformes et le temps nécessaire pour son exécution, j'ai l'honneur de vous soumettre les conclusions suivantes comme mesure transitoire dont la durée devrait être la plus courte possible.

1° Qu'il est urgent que les tuberculeux hospitalisés soient isolés dans des salles spéciales séparées des autres malades et convenablement aménagées à cet égard,

2° Qu'une déclaration soit faite au bureau d'hygiène d'un cas de tuberculose dans la clientèle de ville.

3° Que le régime hygiéno-diététique imprimé en termes clairs et précis soit donné aux malades et aux gardes-malades.

Ce modeste début serait un grand pas dans la voie d'une amélioration qui donnera d'excellents résultats.

Revue des journaux

MEDECINE

Valeur du signe costal dans l'entéroptose et la dyspepsie nerveuse.

Par STILLER (*Pester méd. chirurg. Presse*).

Sous le nom d'entéroptose, Stiller comprend la chute de l'estomac, du colon transverse, des intestins grêles, des deux reins, rarement du foie et de la rate, à la suite du relâchement des replis péritonéaux qui fixent ces organes. D'après d'autres auteurs les déplacements de l'utérus complètent le tableau de l'atonie abdominale. Ces ptoses viscérales sont plus ou moins marquées sur chacun des organes. Elles se développent insidieusement presque toujours pendant la jeunesse, rarement dans l'enfance, plus rarement dans l'âge mûr.

Elles tiennent à une disposition congénitale, probablement héréditaire, qui implique toujours une faiblesse du système nerveux central et digestif qui se traduit aussi par la mobilité anormale de la dixième côte. Cette mobilité de la dixième côte tient à l'absence sur une étendue plus ou moins grande du cartilage costal qui fixe l'extrémité de la côte normalement. Le degré de la mobilité permet de juger du degré de la neurasthénie dyspeptique et des ptoses viscérales qui l'accompagnent. Dans les cas extrêmes la neuvième côte est également mobile. L'existence de cette mobilité des dernières côtes chez un enfant en fera plus tard un neurasthénique dyspeptique ou entéroptosique.

Même dans les cas rares où le signe costal existe sans entéroptose, il existe toujours une dyspepsie plus ou moins avérée. Des causes accidentelles relativement légères, comme un catarrhe gastro-intestinal aigu, l'existence du tœnia, un surmenage amènent rapidement un état de dépression nerveuse, parfois même une perte de poids de 20 à 30 kil. L'existence du signe costal permet d'interpréter ces cas.

Pour Stiller, la très grande majorité des cas considérés jusqu'à présent comme appartenant à la dyspepsie nerveuse se trouve caractérisée par le signe costal et l'entéroptose. L'entéroptose et la dyspepsie nerveuse sont identiques, à cela près que dans très peu de cas de cette dernière on ne constate pas d'entéroptose. Les troubles dyspeptiques ne dépendent pas du déplacement des viscères, mais de la neurasthénie dyspeptique congénitale. Il est probable que la mobilité, la sécrétion et l'absorption de l'estomac sont intéressés. L'atonie stomacale est le signe le plus précoce et souvent le seul signe de la dyspepsie nerveuse et conduit à la forme la plus fréquente de la dilatation stomacale, la forme atonique. Les troubles nerveux ne sont d'ailleurs pas limités à l'estomac, l'atonie gagne l'intestin, produit la constipation habituelle qui tient souvent à l'entéroptose. Si l'entéroptose est plus fréquente chez les femmes, il faut tenir compte chez elle du port du corset, des accouchements. Le signe costal se trouve parfois chez les phthisiques, les chlorotiques et les hystériques, et les malades sont alors atteints de neurasthénie dyspeptique et présentent les signes de l'entéroptose. L'entéroptose

est une maladie constitutionnelle, parfaitement circonscrite, souvent héréditaire, très variable dans ses formes et dans son intensité et qui se reconnaît facilement lorsqu'on recherche le signe de la mobilité de l'absence du cartilage de la dixième, parfois aussi de la neuvième côte.

(*La France méd.*)

Foie flottant et sa signification clinique.

Par EINHORN.

C'est surtout Landau qui a étudié l'hépatoptose. L'auteur, sur 804 malades, a trouvé 30 cas de cette affection, dont 21 chez des femmes. Souvent il y aurait, à l'encontre de l'opinion de Landau, coïncidence avec le rein flottant. On peut, au point de vue symptomatologique, distinguer cinq groupes de faits : 1° L'affection peut être latente. 2° Il peut y avoir des troubles dyspeptiques vagues, une sensation de faiblesse et d'autres troubles nerveux. 3° On peut noter de l'hépatalgie avec irradiations douloureuses au dos et aux épaules. Ces douleurs cèdent souvent dans le décubitus horizontal. 4° Il peut y avoir de vraies coliques hépatiques, sans ictère en général. 5° L'asthme avec sensation de constriction dans les parties supérieures de l'abdomen peut faire partie de cette symptomatologie.

Le diagnostic se fait par la palpation qui révèle aussi les degrés de l'hépatoptose. Il y a : 1° hépatoptose modérée avec anté ou retroversion ; 2° hépatoptose prononcée ; 3° déplacement vertical ou oblique de l'organe, le lobe droit garde sa position normale, le gauche descend dans l'abdomen. Le diagnostic doit surtout être fait avec l'hépatoptose secondaire à des tumeurs qui repoussent le foie.

Le traitement consiste surtout dans la contention par des ceintures. Le massage, l'hydrothérapie seront utiles. L'hépatopexie ne semble pas une opération destinée à se vulgariser. En terminant, l'auteur résume une observation personnelle d'hépatoptose où l'erreur avait été faite avec des coliques hépatiques, où les opérations préconisées dans la lithiase biliaire avaient été conseillées et où la guérison fut obtenue par une bonne ceinture abdominale.

(*Indépendance médicale*).

CHIRURGIE

Retraction de l'aponévrose plantaire.

Par CH. FÉRÉ.

Les lésions de l'aponévrose plantaire rappellent celles que l'on trouve ordinairement dans la rétraction de l'aponévrose palmaire : épaissement de l'aponévrose et des tractus fibreux qui l'unissent à la peau.

Quant aux symptômes fonctionnels, ils consistent en une difficulté de la marche qui se caractérise par la douleur le long du bord interne et surtout au niveau de l'insertion postérieure, et par une tendance, déterminée par la douleur, à tourner le pied en dedans et à marcher sur le bord externe. Les signes physiques se résument en une difficulté d'étendre complètement le pied, et lorsque la rétraction est bien marquée, en la formation de sillons permanents à la plante du pied, avec épaissement de la peau.

La douleur déterminée par la rétraction de l'aponévrose plantaire siégeant à son insertion postérieure et le long de son bord interne, n'est pas exclusive à cette rétraction. Elle peut être produite par la distension de l'aponévrose dans deux conditions principales : lorsque le poids du corps est devenu excessif, comme chez certains obèses, et lorsque la tonicité musculaire est affaiblie, comme dans la plupart des états neurasthéniques. L'auteur a observé

plusieurs fois chez les obèses ces douleurs déjà signalées par Castle chez les neurasthéniques et chez les hystériques.

Les neurasthéniques d'ailleurs peuvent être sujets à des algies plantaires qui ont un autre siège. L'auteur a observé dernièrement un confrère neurasthénique qui hésitait entre métatarsalgie et rétraction de l'aponévrose plantaire. De temps en temps il est arrêté brusquement par une douleur extrêmement violente à la plante du pied droit, qui semble résulter d'une déchirure transversale. Cette douleur dure quelques minutes, puis s'apaise, disparaît et la marche redevient possible. La première fois qu'il l'a éprouvée, il était convaincu qu'il avait une déchirure de la peau, "dans le pli plantaire," et il reconnaît son étonnement à la vue de sa plante qui n'avait aucun pli transversal analogue à ceux de la paume de la main. Cette illusion peint assez bien la forme de la douleur qui ne se produit qu'à des intervalles de plusieurs semaines et lorsque l'anxiété s'exalte.

La plupart des douleurs plantaires qui ont été confondues avec la métatarsalgie peuvent éveiller l'idée de rétraction de l'aponévrose plantaire, mais l'examen direct permettra de faire le diagnostic.

L'épaississement et les inégalités de l'aponévrose ne sont pas non plus exclusifs de la rétraction : Riedinger a signalé l'existence d'ossifications dans l'épaisseur du fascia plantaire.

La rétraction de l'aponévrose plantaire est sans doute, comme la rétraction de l'aponévrose palmaire, une affection progressive. Elle échappe à la thérapeutique médicale.

(*Revue de chirurgie*.)

Sterilisation constante des instruments.

Parmi les nombreux procédés de stérilisation actuellement à la disposition des praticiens, bien peu sont réellement pratiques. Le meilleur est celui qui consiste à plonger les instruments dans de l'eau maintenue en ébullition pendant un quart d'heure mais il n'est pas applicable aux instruments tranchants dont il émousse le fil.

Lippincott recommande l'emploi d'une solution de formol à 20 p. 100 dans laquelle on ajoute 3 p. 100 de borax. Ainsi corrigé, le formol devient inoffensif pour l'acier. Les instruments peuvent y séjourner des mois sans altération et restant toujours prêts à être employés. Avant de s'en servir on n'a qu'à les passer dans de l'eau stérilisée.

Des examens bactériologiques ont montré à Lippincott qu'un instrument infecté n'est pas stérilisé par le séjour dans l'alcool absolu, tandis qu'un séjour de vingt-quatre heures dans la solution au formol et au borax suffit à tuer tous les germes.

(*Gazette des hôpitaux*).

OBSTÉTRIQUE

La môle vésiculaire est produite par un enchondrome du placenta.

Par M. DELORE (de Lyon).

Dans le but de rechercher la pathogénie de la môle hydatiforme, j'ai étudié récemment une belle pièce, qui a été mise à ma disposition par M. Rollet.

Son poids est de 170 grammes.

On y distingue un caillot de sang brunâtre, un *stroma* opalin des grappes vésiculaires.

Le caillot, solidifié par la compression utérine, forme une coque de 2 à 4 millimètres d'épaisseur, qui isole la tumeur et a subi une large déchirure, par où se sont échappées plusieurs grappes de vésicules.

Il constitue, en outre, un *ciment*, qui englobe et soude les vésicules, qui ne sont pas encore sortis de la *coque*.

Le stroma translucide, d'une dureté *cartilagineuse* en certains points, est la *matrice* où le *néoplasme* a pris naissance.

Les *grappes* sont composées du *pédicule* et de la *vésicule*.

Le *pédicule* est un *filament* fibreux, très élastique, dont la disposition générale est un *réseau*, mais qui, par suite de conditions accidentelles fréquentes, est dilacéré et pend librement.

Dans ma pièce, un de ces *pédicules* atteint la longueur de 20 centimètres.

La *vésicule*, de la dimension d'un grain de groseille, est recouverte par les expansions délicates du *conjonctif* ambiant qui l'enveloppe à la façon d'un filet et de telle sorte qu'elle s'échappe facilement à travers les mailles qui sont lâches et imbibées de *mucine*.

Quelques-unes de ces vésicules sont sessiles, aplaties, tassées comme un essaim dans le ciment cruorique, et encore adhérentes au stroma.

En considérant à l'œil nu une coupe incluse dans la paraffine, on peut distinguer deux petits ballons conjugués, de teinte opaline, pyriformes ; ils émanent, par leur pointe, d'une *gangue* de même aspect ; leur ventre se renfle dans le *caillot* noirâtre qui les entoure et dont ils n'ont pu encore se dégager.

Sur une coupe de 1/600 de millimètre, on retrouve ces ballons remplis de cellules et remplis d'un *pédicule*. Ils surgissent d'une substance *plasmatique*, fondamentale, disposée par bandes villeuses, irrégulières, bossuées, entre lesquelles sont des lacunes pleines de sang. Ces villosités morbides sont cerclées par une bordure de *syncytium*, dont les cellules sont fortement *chromatiques*.

Dans l'intérieur, on voit beaucoup de cellules *étoilées*, mais un plus grand nombre de *cellules claires* qui ne sont autres que l'élément de l'*enchondrome*.

En effet, ces *cellules* sont souvent captées au nombre de 10 à 20 dans une grande *capsule* entourée de tissu conjonctif ; quelques-unes se sont *évadées*, violemment de leur *loge*, en creusant un *sillon* ; elles sont coiffées par le *syncytium* et entraînent avec elles une queue de conjonctif. Tout d'abord elles déterminent une *bosselure*, puis elles sont précipitées dans la *lacune* voisine sous la forme d'un *îlot* pédiculé ou libre. Dans les deux cas, celui-ci possède une vitalité intense et devient à son tour un centre de prolifération. Ainsi s'organisent les *grappes* de la *môle vésiculaire*.

En sortant de sa *loge*, la cellule a laissé dans le *stroma chondromateux*, dont on connaît l'élasticité spéciale, un trou rond, vide ou rempli de sang coagulé.

On conçoit que l'émission répétée de ces *îlots vésiculaires* désorganise complètement le placenta et produise ces *grappes* singulières qui ont si fort intrigué les observateurs.

Ce mode de processus est spécial à l'*enchondrome*. L'état *embryonnaire* augmente encore son activité et si un *îlot* parvient à se greffer sur l'*utérus*, il engendre le *déciduome* malin, avec ses funestes conséquences.

(Bull. de l'académie de médecine.)

GYNECOLOGIE

Sur les avantages de la castration totale dans les suppurations annexielles.

Par FAURE.

(Suite)

Il me paraît donc hors de doute, malgré l'avis très autorisé d'un certain nombre de chirurgiens, que la castration totale est, au point de vue du résultat thérapeutique, plus efficace que la castration

annexielle seule, et c'est là un fait qui à moins d'inconvénients graves, suffirait à lui seul à la faire choisir.

Or, je ne crois pas que ces inconvénients graves existent. Je ne puis, en effet, considérer comme très sérieux le reproche qu'on a fait à la castration totale de constituer, au fond du vagin, une cicatrice parfois défectueuse, irrégulière, douloureuse, et qui met en somme la femme dans de mauvaises conditions pour accomplir les fonctions que comporte son sexe. J'ai interrogé plusieurs opérées qui, sous ce rapport, m'ont très sincèrement déclaré n'avoir pas à se plaindre. Pour un certain nombre d'entre elles, les rapports que leur état maladif rendait autrefois douloureux, avaient, au contraire, recouvré leurs charmes disparus et je n'en ai rencontré aucune qui m'ait paru se plaindre de l'absence du col utérin qui constitue, paraît-il, au dire de certains chirurgiens, un organe de première nécessité.

Je crois donc ce reproche à peu près sans valeur. Et d'ailleurs l'hystérectomie supra-vaginale, adoptée par un certain nombre de chirurgiens, obvie à cet inconvénient. En enlevant la presque totalité de l'utérus, elle fait disparaître la plupart des phénomènes douloureux dont il est le siège et, en laissant en place le col, elle conserve au fond du vagin sa consistance et sa disposition normales. Et les chirurgiens qui accordent à cet argument une valeur qui me paraît exagérée n'en pourraient en tout cas, rien conclure contre l'hystérectomie supra-vaginale qui, si elle me paraît inférieure à l'hystérectomie totale, parce qu'elle laisse le col souvent atteint de métrite tenace, n'en est pas moins, à mon avis, très sensiblement supérieure à la castration simple.

Il est un autre argument des partisans de la castration simple, qui aurait, lui, la plus grande valeur s'il ne pouvait être victorieusement réfuté.

L'hystérectomie abdominale totale, disent-ils, est plus difficile et plus grave que la castration simple.

Il est possible qu'autrefois, avant l'adoption du plan incliné et les perfectionnements de la technique, la castration abdominale totale ait été, en effet, plus difficile et plus grave. Cela est même certain. Chez une malade placée dans la position horizontale, sans l'aide précieux que nous trouvons dans le plan incliné, l'hystérectomie abdominale était une opération très difficile, beaucoup plus difficile en tout cas que la simple extirpation des annexes.

Mais la position inclinée a changé du tout au tout les conditions de la chirurgie du petit bassin, et de même qu'il est aujourd'hui possible de décortiquer et d'extirper des annexes qu'on eut jamais pu libérer autrefois, de même il est devenu facile d'enlever des utérus dont l'extirpation eût, à la même époque, semblé presque impraticable.

Je vais plus loin, et j'affirme que dans les cas compliqués, lorsque le petit bassin tout entier est rempli de masses annexielles adhérentes aux organes voisins, il est souvent beaucoup plus facile d'enlever l'utérus avec les annexes que les annexes seules. L'extirpation préalable de l'utérus, ou mieux la section médiane de cet organe et l'extirpation successive des deux moitiés avec les annexes correspondantes, permet d'enlever avec facilité des poches annexielles qu'il serait très difficile de décortiquer et d'extraire par d'autres procédés. Si bien que, dans ces cas, l'argument qu'opposaient les laparotomistes aux hystérectomistes peut leur être retourné, et qu'on peut dire qu'aux diverses causes de supériorité que présente l'hystérectomie sur la castration simple, il faut ajouter la supériorité d'être souvent plus facile, au moins dans les cas compliqués. Et comme, dans les simples elle n'est pas simplement plus difficile, puisque tous les procédés sont bons et toutes les manœuvres sont simples, je ne vois pas en vérité qu'il reste aujourd'hui grand'chose de cet argument qui, autrefois, je le reconnais, aurait eu beaucoup de valeur.

Quant au dernier argument, qui serait capital s'il n'était aussi

peu exact que les autres, c'est celui qui est tiré de la gravité de l'opération.

Si l'hystérectomie était sensiblement plus grave que la laparotomie simple, il faudrait, malgré sa supériorité évidente, ne la faire qu'à bon escient et dans les cas où l'utérus semblerait par trop compromis. Mais aujourd'hui, comme les autres, cet argument a disparu et, dans un travail tout récent, portant sur 293 cas avec 12 morts, Hartmann vient de montrer que la mortalité n'était que de 4 ‰, c'est-à-dire sensiblement la même que celle de la castration simple. Personnellement j'ai fait treize fois cette opération avec un seul décès. C'est une proportion un peu plus forte, mais dont je me déclare cependant très satisfait parce que sur ces treize cas il en est cinq ou six, dont celui qui s'est terminé par la mort, qui étaient d'une extrême complication. Je suis convaincu que si je m'étais borné à la castration simple, j'aurais eu de moins bons résultats parce que, dans quelques-uns de ces cas, les adhérences étaient telles que, sans enlever l'utérus, il m'aurait été impossible d'enlever les annexes et que j'aurais dû laisser inachevées des opérations qui, loin de donner lieu à des guérisons parfaites, se seraient probablement terminées par des désastres.

L'adoption du plan incliné, la protection des intestins par des compresses, l'isolement du petit bassin ont, je le répète, modifié du tout au tout les conditions de la chirurgie pelvienne. L'infection du péritoine est beaucoup moins à craindre qu'elle ne l'était autrefois, et l'ouverture du vagin, qu'on craignait beaucoup et que certains chirurgiens craignent encore comme source d'infection possible, me paraît au contraire une condition favorable, parce qu'elle permet un drainage parfait, au point le plus déclive, drainage que pour ma part, je fais presque toujours, et que je préfère infiniment au drainage abdominal.

C'est pourquoi je préfère l'hystérectomie totale à l'hystérectomie supra-vaginale. J'ai dit plus haut qu'il valait mieux, à mon sens, enlever l'utérus entier que laisser un col souvent gros, malade et chroniquement infecté. L'extirpation totale a encore cet avantage qu'elle permet un drainage vaginal large et facile. Je sais bien que dans l'hystérectomie supra-vaginale rien n'empêche d'établir un drainage par le cul-de-sac postérieur en effondrant le vagin au-dessous du col. J'aime autant l'établir directement par le vagin après extirpation de l'utérus.

Je crois, Messieurs, vous avoir donné des arguments assez sérieux pour entraîner la conviction. Si, une fois le ventre ouvert, on se trouve en présence de lésions annexielles bilatérales, et si l'on juge qu'il faut sacrifier les annexes, on devra préférer à la castration simple, l'hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes.

Elle est plus efficace et donne des guérisons plus parfaites ; elle n'est, lorsqu'on sait la faire, ni plus difficile, ni plus grave. Elle est donc meilleure et c'est elle qu'il faut choisir. Je suis convaincu qu'à l'avenir elle gagnera tout le terrain que perdra la castration simple. Elle fait chaque jour de nouveaux adeptes, et je crois que ceux qui lui résistent encore ne le font qu'un peu malgré eux et parce qu'ils se sentent attachés à la castration simple par le souvenir des succès qu'elle leur a donnés et qui sont assez brillants pour contenter les plus difficiles.

(Bulletin méd.)

PÉDIATRIE

La péritonite blennorrhagique chez les petites filles.

La vulvo-vaginite des petites filles étant dans la grande majorité des cas d'origine blennorrhagique, il n'est pas très rare de voir se produire dans le cours de cette affection, une péritonite de même

nature. Cependant il y a peu de temps que des faits de ce genre ont été bien observés. M. le Dr. M. Rousseau vient de publier sur cette question un travail d'ensemble auquel nous empruntons quelques détails.

Pour ce qui est de l'étiologie et de la pathogénie de la péritonite blennorrhagique, on peut admettre que l'infection débute par une vulvo-vaginite, qui, mal soignée le plus souvent, ou traitée trop tard, s'étend par voie *ascendante* à l'utérus, aux trompes, au péritoine.

Cette propagation de l'infection aux organes génitaux internes et au péritoine est rare si on la compare à l'abondance des vulvo-vaginites de l'enfance.

On en trouve la raison dans l'état complet de repos des organes génitaux de la petite fille. Ils ne sont soumis à aucune sorte de fatigue. Absence de rapports sexuels ; point de processus congestif comparable à celui qui a pour résultat le flux menstruel. Or, l'on sait que la menstruation a une influence considérable sur le développement de la métrite.

— Cette péritonite peut revêtir trois formes principales : péritonite généralisée aiguë, tantôt grave, tantôt bénigne ; forme de péritonite localisé et forme de péritonite chronique subaiguë.

Forme généralisée aiguë. — Dans la forme grave, le symptôme initial est la douleur, mais cette douleur est d'abord peu intense. L'enfant continue à marcher, mais, prise de tristesse et d'inquiétude, elle abandonne ses jeux. Bientôt, très rapidement, les douleurs abdominales augmentent et se localisent : la petite malade réclame le lit. A ce moment, si on l'examine, on la trouve pâle, agitée ; le pouls est rapide ; on note une tendance à l'hyperthermie, mais ce qui frappe surtout l'attention, c'est l'état de l'abdomen. Par une palpation, même très délicate, on fait naître dans les fosses iliaques, de vives douleurs, qui, parfois, s'étendent aux deux fosses iliaques et à la région sous-ombilicale, parfois naissent de la fosse iliaque droite à la région sous-hépatique. D'autres fois, les douleurs sont péri-ombilicales ; le plus souvent, elles s'étendent à toute la région abdominale.

Le tympanisme, d'ordinaire, est considérable. Puis ce sont les vomissements, parfois la diarrhée, la dysurie et enfin les phénomènes généraux que l'on rencontre dans toutes les péritonites aiguës.

La mort est la terminaison habituelle de cette forme de péritonite et elle est souvent annoncée par la discordance du pouls et de la température. On voit, en effet, celui-ci s'abaisser en même temps que le pouls devient plus fréquent ; c'est là un signe d'un pronostic fatal, et la mort survient en quelques jours, cinq à six environ.

La forme bénigne de la péritonite blennorrhagique généralisée est intéressante à bien connaître.

Les symptômes du début sont ceux de la forme grave. Très rapidement l'enfant éprouve des douleurs abdominales généralisées. Ces douleurs sont violentes, elles peuvent être spontanées ou naître à la pression. Puis surviennent des vomissements alimentaires, bilieux, de la diarrhée, des envies fréquentes d'uriner. La fièvre éclate et se maintient à 39°, descendant à 38°, atteignant parfois 40°. Le pouls est fréquent.

En quelques jours, ces accidents alarmants rétrocedent ; le péritoine, qui avait réagi violemment, quoique à peine touché, rentre dans le repos et la malade guérit. Il semble que ce soit plutôt là des phénomènes de péritonisme que des symptômes de péritonite. Et c'est pourquoi les observations en sont rares et incomplètes.

Péritonite blennorrhagique localisée. — La péritonite peut être limitée au péritoine pelvien et iliaque : c'est alors une pelvi-péritonite.

Dans les cas de pelvi-péritonite, la douleur, très intense, est localisée dans l'une des fosses iliaques ; elle est parfois sous-ombili-

cale. Dans une observation de Hüber, elle s'irradiait jusqu'à l'aîne droite, devenue très sensible.

Le ventre, ballonné, est tendu et rigide et la cuisse infléchie sur l'abdomen.

Il existe des vomissements alimentaires, bilieux, poracés : quelquefois de la dysurie.

L'état général est mauvais, l'enfant dort mal, il a le facies péritonéal.

La température monte à 38°, 39°. Le pouls est rapide.

Au bout de quatre ou cinq jours (après trois semaines dans une observation de Sanger) la guérison survient. Elle paraît être la règle.

Ces symptômes se rapprochent beaucoup de ceux de la péritonite blennorrhagique généralisée. La douleur, localisée en un point de l'abdomen, tendu et rétracté, l'absence complète de diarrhée et de constipation peuvent seules différencier ces deux variétés de péritonite.

Ce sont là, on le voit, des signes insuffisants, et il est très probable, l'autopsie faisant défaut, qu'on a dû confondre parfois ces pelvi-péritonites avec les pelvi-péritonites généralisées.

Péritonite chronique. — Enfin, dans un dernier groupe, on rangera les cas de salpingite chronique, de pelvi-péritonite adhésive subaiguë ou chronique.

Plusieurs auteurs allemands se sont étonnés de trouver, à l'autopsie de jeunes filles vierges, des adhérences péritonéales, voire même des salpingites, dont ils n'ont pu retrouver la cause ; l'affection avait été en quelque sorte latente. Sanger a montré que ces lésions relevaient sans doute de la vulvite gonorrhéique des petites filles. " La vulvite peut donc se compliquer de salpingite et de péritonite sans qu'il se produise une vive réaction du péritoine et sans que le médecin soit consulté, les enfants n'éprouvant aucune douleur, aucun trouble abdominal. "

N'en est-il pas de même chez la femme ? Combien de femmes, qui ont eu le péritoine du petit bassin légèrement touché, vivent avec des adhérences pelviennes, certainement pathologiques, sans que les douleurs vives aient attiré leur attention sur les organes abdominaux !

Ces péritonites chroniques indolentes ou méconnues des malades, sont une surprise d'autopsie. On les constate rarement et leur nature gonococcique est difficile à établir. Nous n'en avons trouvé aucune observation probante.

Le diagnostic peut présenter ici une certaine difficulté. En général, cependant, il est assez facile de reconnaître la péritonite : le plus difficile est de reconnaître sa cause, car la péritonite tuberculeuse, la péritonite de la fièvre typhoïde, la péritonite appendiculaire, la péritonite pneumococcique, la péritonite streptococcique, la péritonite " idiopathique " peuvent donner lieu à des méprises.

Le principal est d'avoir toujours présent à l'esprit la possibilité de la propagation au péritoine de la vulvo-vaginite. Cette constatation est d'autant plus importante au point de vue du traitement qu'il faut non seulement traiter la péritonite, mais aussi la vulvo-vaginite gonococcique.

(Journal de méd. et de chir. prat.)

THERAPEUTIQUE

Les lavements de fer dans le traitement de la chlorose.

L'existence de troubles digestifs est souvent un obstacle à l'administration par la voie buccale. Et en pareille occurrence le médecin doit s'efforcer par le repos, le choix des aliments et des médicaments appropriés, de rétablir le fonctionnement de l'estomac avant

d'employer la médication martiale. Peut-on par des lavements abrégés la durée du traitement ? M. Jollasse l'affirme.

Dans quatorze cas de chlorose, il a employé le citrate de fer à la dose de 0 10 à 0 60 centigrammes par lavement ; il donne trois lavements par jour. Sous leur influence et dans l'espace de trois à dix semaines, le sang récupérait la proportion normale de l'hémoglobine et les malades quittaient l'hôpital.

Le seul inconvénient de ces lavements, c'est de provoquer des douleurs assez vives qui se calment du reste assez rapidement et qui ne sont pas prévenues par l'addition de quelques gouttes de teinture d'opium.

(Presse médicale de Paris).

L'hydrochlorate de phénocolle dans l'idiosyncrasie quinique et dans le rhumatisme articulaire.

Le phénocolle est entré depuis peu d'années dans la thérapeutique et pourtant il a déjà été essayé un peu dans toutes les affections. Or, il ressort avec évidence de toutes les publications qui ont été faites à ce sujet et auxquelles vient de s'ajouter un travail de M. SATULLO, que le phénocolle n'a réellement d'action que dans deux genres d'affections : l'impaludisme et le rhumatisme.

C'est ainsi que dans les cas rebelles aux sels de quinine, l'hydrochlorate de phénocolle peut être employé presque toujours avec succès. Il est bien certain que l'action du médicament varie avec le type malarique. Ainsi, le type quotidien guérit à coup sur, tandis que le type quarte est plus difficile à vaincre. Mais enfin, généralement, le phénocolle agit là où la quinine est inactive.

De même, ce produit a une action antirhumatisme indéniable qu'il s'agisse de rhumatisme articulaire aigu généralisé avec fièvre, ou des formes chroniques mono-articulaires sans fièvre.

Il est même indiqué de toujours préférer le phénocolle aux préparations salicylées quand le malade présente des symptômes de faiblesse cardiaque ou lorsque en règle générale, on a des doutes sur le bon fonctionnement de son cœur.

(Abeille médicale).

Maladies vénériennes

Du phadegenisme dans les syphilides tertiaires et du traitement de ces syphilides.

Par M. le Professeur FOURNIER.

Nous allons terminer aujourd'hui l'étude des syphilides tertiaires. Je vous disais dans ma dernière leçon que les syphilides tertiaires sont sujettes à quatre accidents : inflammation, érysipèle, comme cela pourrait se produire à l'occasion de toute plaie, de quelque nature qu'elle soit. Il me reste à vous parler de la gangrène et du phagédénisme.

D'abord la gangrène. Il est possible encore que n'importe quelle plaie, tertiaire ou autre, soit susceptible de se gangréner sous l'influence d'inflammation, de lésion de voisinage. C'est un accident commun. Mais il y a quelque chose qui est bien plus important dans l'histoire des syphilides, c'est la syphilide tuberculo-gangréneuse dans laquelle la gangrène est primitive, et le placard avant de s'ulcérer se transforme en sphacèle, puis le sphacèle, comme c'est la règle, s'élimine à la façon d'un corps étranger, par expulsion suppurative : c'est le processus commun de tous les sphacèles. Ceci ne s'observe que dans les mauvaises syphilis, c'est une syphilide particulière.

J'en arrive au phagédénisme. Ce phagédénisme, dans la syphilis comme ailleurs, se présente sous deux formes : 1° sous la forme

extensive, qui s'étale, forme en surface ; 2° sous la forme térébrante qui creuse ; elle s'étale bien en surface, mais surtout en profondeur.

Les deux formes peuvent s'associer, mais c'est rare.

1° Le phagédénisme de surface, extensif, d'où part-il ? D'une syphilide tuberculeuse quelconque, puis il s'étale, c'est-à-dire gagne en surface des portions de peau avoisinante. Ce progrès se fait par une infiltration tuberculeuse incessamment renouvelée autour de la surface déjà atteinte. Il se fait ainsi des zones successives d'infiltration qui s'ulcèrent et les ulcérations successives s'ajoutent aux ulcérations précédentes. Quelle est l'évolution ? Bien curieuse, inexplicable encore. Tantôt le phagédénisme s'étend en bande rectiligne, cela est assez rare. Dans la plupart des cas, le phagédénisme est flexueux et se fait suivant le mode circiné. Tantôt, alors l'îlot tuberculeux s'élargit excentriquement, par une série de zones excentriques, c'est le phagédénisme centrifuge ; mais le plus ordinairement, il s'élargit sous forme d'arceaux, suivant un segment seulement de circonférence. Quelquefois, deux îlots se donnent pour ainsi dire la main et forment des arceaux combinés. Chose extraordinaire, le phagédénisme cicatrise à mesure qu'il progresse ; laissez-moi employer la comparaison de nos pères : le phagédénisme est comme un serpent, tandis que la tête du serpent est une lésion battant son plein, une lésion au maximum, la queue est une cicatrice, une réparation absolue ; dans la portion intermédiaire on trouve des lésions en voie de réparation. Les points extrêmes du phagédénisme sont opposés comme évolution.

Quelle est maintenant la marche de ce phagédénisme de surface ? Deux mots suffisent à la qualifier : chronique et insidieuse. Cela dure longtemps, des mois et des années : mais ce qui est remarquable, c'est l'irrégularité de la marche. Par exemple, il marchera d'abord avec rapidité, puis il s'arrête, on croit que c'est terminé : pas du tout : il renaît de ses cendres reprend son élan, et envahit de nouvelles portions saines, et cela sans qu'on sache pourquoi, souvent sans cause apparente. Cela dure donc des mois, — c'est l'usage avec le traitement, — des années si le traitement n'intervient pas, deux, trois, cinq, huit, dix, quinze ans ; j'en ai vu un qui datait de quatorze ans.

Etendue : L'étendue totale est variable ; le phagédénisme peut envahir de très grandes surfaces, il n'est pas rare qu'il envahisse une moitié de la face, une moitié de la face et du crâne ; quelquefois il devient énorme. Une de mes premières clientes a été une femme présentant une ulcération de la cuisse qui prenait naissance au grand trochanter et descendait jusqu'au genou entourant les deux tiers de la cuisse. Mais ces grands phagédénismes extensifs ne sont pas toujours des phagédénismes creux : ils sont assez souvent superficiels, à fleur de peau, et entament à peine le derme, en sorte qu'on peut obtenir une cicatrice plane, non bridée, pas trop laide ; c'est donc un phadégénisme dont il ne faut pas trop avoir peur.

2° Le phadégénisme perforant, térébrant, son nom seul en dit assez la gravité. Il détruit tout devant lui ; il va produire des mutilations, des destructions d'organes, l'horreur des horreurs. Son siège ? Par un fâcheux privilège, c'est la face qu'il envahit le plus souvent, et dans la face, il y a une victime préférée, le nez, puis viennent, par ordre de fréquence décroissante, les joues, les lèvres, le front, le tronc, les membres. C'est simplement une syphilide tuberculeuse qui s'ulcère, puis continue à s'ulcérer ; elle creuse ; c'est l'infiltration qui se fait en profondeur, qui se gommifie et s'ulcère ; c'est une ulcération qui se creuse sous elle. En nombre de cas, il s'ajoute à cette infiltration profonde une infiltration des tissus voisins. Le nez est d'abord turgescence, énorme, ulcéré ; puis cette ulcération se creuse, cette forme de lésion le fait ressembler au lupus, si bien que quantité de nez semblables sont taxés nez lupiques, et on les laisse se détruire. A un moment donné, ces ulcérations, aisés, se creusent, envahissent le tissu cellulaire après la peau, puis

l'aponévrose ; il y a là une barrière souvent infranchissable et certain phadégénisme s'arrête à l'aponévrose, mais d'autres fois il continue sa trouée, il va jusque dans le muscle, il le perfore, il rencontre l'os, il attaque le périoste, le détruit, voilà l'os à nu et il se forme un sequestre, ou bien il infiltre l'os et voilà un ostéome gommeux qui va s'éliminer.

Tels sont les symptômes locaux. Mais que devient le malade dans tout cela, quel est son état général ? Le malade se porte très bien, l'organisme assiste paisiblement, placidement, tranquillement à la destruction d'une de ses parties. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Quelquefois il y a un éréthisme nerveux, probablement par névrite, il existe alors des douleurs que rien ne calme, pas même la morphine. D'autres fois le malade s'étiolé, s'affaiblit par suite sans doute de l'influence du moral sur le physique, et quelquefois les malades finissent par succomber à cet affaiblissement progressif ; quant aux conséquences du mal, elles se comprennent d'elles-mêmes ; ce sont des destructions, des mutilations en rapport avec la lésion. S'agit-il de la verge, décortiquée, rongée, détruite en grande partie ; s'agit-il de la lèvre, celle-ci est également détruite et l'arcade dentaire est mise à nu ; s'agit-il de l'oreille, elle est crénelée, perforée, détruite à moitié, le nez également, les membres également. J'ai vu un malade en ville chez lequel le talon était absolument détruit comme si un coup de hache le lui avait tranché entièrement ; j'ai vu un autre malade qui avait perdu trois orteils. Il y a des cas horribles où toute la peau de la face est détruite, les lèvres, le voile du palais, et la figure prend un aspect épouvantable.

(à suivre)

NOUVELLES.

— Le Comité d'études médicales prend ses vacances de Noël. La prochaine réunion aura lieu le premier jeudi de janvier 1900.

— Nous venons de recevoir du secrétaire du XIII^e congrès international de médecine, pour la section canadienne, M. le docteur T. Loranger, un bulletin d'adhésion à cette grande réunion scientifique qui sera tenue à Paris en 1900.

Parmi les avantages nombreux que signale M. le secrétaire, nous voyons entre autres ceux-ci :

1° Que tout adhérent au congrès aura droit à un résumé de tous les travaux du congrès et aux travaux imprimés de la section dont il fait partie.

2° A une forte réduction des frais de voyage, tant pour chemin de fer que pour paquebot océanique (on nous annonce officiellement que cette réduction atteindra 50 pour cent des taux actuels).

— Nous accusons réception du joli calendrier de la maison Antikamnia Co., de Saint-Louis, Mo. Nos remerciements à qui de droit.

— M. le Dr. Mathieu et Madame Mathieu, de Québec, sont partis mardi pour New York, où ils s'embarqueront pour la France. M. le Dr. Mathieu passera l'hiver à Nice.

— Plusieurs de nos confrères se plaignent d'irrégularité dans le service de distribution. Nous leur demandons de bien vouloir en donner connaissance à l'administration, 985, rue St-Denis, ou par téléphone Bell, 1694 Est.

— Nous avons reçu à nos bureaux la visite de M. F. M. Tuckett, gérant de la Ferrol Co., de Toronto. Nous sommes assurés que ce monsieur recevra tout l'encouragement qu'il mérite pour l'introduction, dans notre province, de cette substance nouvelle, le Ferrol, dont on dit beaucoup de bien.

SOMMAIRE

	PAGES
A NOS LECTEURS.....	209
TRAVAUX ORIGINAUX	
Sur certains corps étrangers, par docteur Henri Duhamel.....	209
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Les ectopies cardiaques, par M. le docteur S. Bernheim.....	209
CHIRURGIE : De l'importance des affections suppuratives de l'oreille au point de vue de l'assurance sur la vie. — Traitement de l'orchite blennorrhagique par le salicylate de soude.....	211
OBSTÉTRIQUE : Môle hydatiforme chez une enfant de douze ans et demi.....	211
GYNÉCOLOGIE : Métorrhagies.....	212
PÉDIATRIE : Algidité progressive des nouveau-nés. — Traitement du rachitisme.....	213
THERAPEUTIQUE : Traitement du coma diabétique par les injections de sérum physiologique, par M. Burgez (thèse de Lyon). — Le bleu de méthylène comme hypnotique, par Vallon et Wahl, de Villejuif. — Traitement des dyspepsies hyper- et hypochlorhydriques, par M. le docteur Lemoine.....	214
MALADIES VÉNÉRIENNES : Du phadégénisme dans les syphilides tertiaires et du traitement de ces syphilides, par M. le professeur Fournier (suite).....	215
FORMULAIRE	216
NOUVELLES	216

A NOS LECTEURS

" *La Revue médicale* ", dont l'existence est maintenant assurée, grâce au concours intelligent des membres de notre corps médical, est heureuse de profiter de cette occasion pour remercier ses lecteurs de leur bienveillance et pour leur souhaiter en même temps une grande prospérité et surtout une santé aussi parfaite que possible.

Nous avons l'intention, durant la présente année qui commence pour nous sous d'heureux auspices, d'améliorer considérablement notre revue, de manière à en faire une des premières publications médicales de ce continent.

Nos ambitions sont vastes, il est vrai, mais elles sont légitimes, et nous sommes assurés que nos succès futurs répondront pleinement à nos espérances actuelles.

Travaux Originaux

Sur certains corps étrangers

Par docteur HENRI DUHAMEL (1).

Corps étranger du conduit de l'oreille externe droite.

X..., revenant du Klondike au mois de février 1898, vient consulter un de nos confrères pour une maladie de vessie. Le médecin qui l'examine constate que le malade est sourd de son oreille droite.

Nous examinons et trouvons un léger défoncement de la membrane gauche et à l'inspection du conduit droit, nous voyons un cérumen qui bouche l'entrée. Avec un stylet nous enlevons un peu de cire et un corps étranger demi mou se fait sentir. Nous

(1) Communications données devant le Comité d'études médicales de l'université Laval, le 14 décembre 1899.

lavons avec une solution antiseptique et malgré nos efforts, rien ne sort de l'oreille.

Certains de notre diagnostic, nous renvoyons le malade chez lui avec la recommandation de faire des instillations de glycérine. Vers les dix heures du soir, on nous dit par téléphone que le malade souffre des douleurs atroces dans la région droite.

Le médecin appelé nous demande notre avis ; on donne 2 centigr. de morphine et le malade repose jusqu'au matin.

Vers huit heures, un examen nous fait voir que le conduit est encore bouché par le corps étranger et qu'il est bien fixé. Une injection parvient à l'expulser et il tombe dans un bateau.

Un flot de pus sort en même temps et une odeur ad hoc nous force à regarder la caisse du tympan.

Il y a perforation et granulations.

Pendant ce temps, le corps cérumineux s'étalait dans le bateau. C'était un bout de cigare que l'on avait introduit dans son conduit un soir qu'il souffrait d'otalgie et de délirium.

Corps étranger du nez.

Y... vient à la clinique se plaignant d'une sensation de pesanteur à la tête et le nez bouché, surtout à gauche.

Une dyspepsie s'est établie depuis quelque temps : somme toute le malade se sent détraqué.

A l'examen, le nez présente un peu d'inflammation à droite et le côté gauche est plein de pus, sentant mauvais.

Un bon lavage avec peroxide d'hydrogène, nous permet de constater un corps mou et facile à déplacer.

Avec une pince à dents de souris de notre modèle, nous extrayons une masse que nous laissons tomber dans le bateau, contenant une solution d'acide borique.

Le malade est soulagé. En examinant la pièce, nous trouvons qu'elle est composée de guénilles de tapis.

Revue des journaux

MEDECINE

Les ectopies cardiaques.

Par M. le docteur S. BERNHEIM.

• Depuis les derniers progrès réalisés par la découverte de Röntgen, il nous est arrivé maintes fois, en radiographiant la cage thoracique, de constater une déviation du cœur qu'on ne soupçonnait pas. Nous avons donc tenu à approfondir cette question et à l'exposer dans une étude d'ensemble.

Il existe deux variétés d'ectopies cardiaques : 1° elles peuvent être congénitales ; 2° le plus souvent elles appartiennent à une origine pathologique. Quant au déplacement brusque du cœur dû à une cause traumatique, il n'existe pas à ma connaissance une observation où il y ait eu survie.

Nous allons étudier successivement ces deux variétés. Mais, auparavant, il est utile de rappeler quelques notions anatomiques et de décrire en peu de mots la topographie normale du cœur.

Le cœur est situé dans la cavité thoracique entre les poumons, le diaphragme, l'œsophage et l'aorte, le sternum et les cartilages

costaux gauches. Sa forme est celle d'un cône, donc la base, dirigée en haut, en arrière et à droite, est plus proche de la paroi postérieure du thorax que de l'antérieure. Son sommet touche presque cette dernière. Sa direction, suivant son grand axe, est oblique en bas, en avant et à gauche, disposition grâce à laquelle le cœur affecte des rapports beaucoup plus étendus avec le poumon gauche, qui le recouvre en partie.

La base du cœur présente deux segments distincts (Poirier). L'un appartenant à l'oreillette gauche, l'autre à l'oreillette droite. Le premier segment médiastinal est en rapport avec les organes du médiastin postérieur et répond sur un plan antérieur à l'œsophage, aux côtés duquel cheminent les deux pneumogastriques, sur un plan plus profond à l'aorte et à la grande veine azygos et enfin aux corps des sixième, septième et huitième vertèbres dorsales. Le segment formé par l'oreillette droite, segment pulmonaire, répond à la face interne du poumon droit, dont il est séparé par le nerf phrénique droit.

Le sommet du cœur répond au quatrième espace intercostal gauche où la pointe bat près de l'extrémité externe du cinquième cartilage costal un peu au-dessous du mamelon et en dedans d'une ligne verticale qui passerait par ce dernier.

En outre des gros vaisseaux qui suspendent sa base, le cœur prend un point d'appui sur le diaphragme, et il est contenu dans un sac fibreux, le sac fibreux du péricarde, qui a lui-même de puissants ligaments pour le rattacher au squelette voisin. Malgré ces ligaments et les vaisseaux suspenseurs, l'organe cardiaque conserve une grande puissance mobile ; c'est ce qui explique les fréquentes ectopies.

Comment se projette le cœur sur le plastron chondro-sternal ? La face antérieure de l'organe se projette sur la paroi thoracique suivant un quadrilatère irrégulièrement trapézoïde, dont les quatre angles sont ainsi déterminés : l'angle inférieur droit répond au niveau de l'articulation sternale du cinquième cartilage costal droit immédiatement contre le bord droit du sternum ; l'angle supérieur droit au bord du troisième cartilage costal droit à 1 centim. du bord droit du sternum ; l'angle supérieur gauche au deuxième espace intercostal gauche, à 2 centim. du bord gauche du sternum ; l'angle inférieur gauche, pointe du cœur, au quatrième espace intercostal gauche, un peu plus près du bord supérieur du cinquième cartilage, à 6 centim. du bord sternal gauche.

Telles sont les notions élémentaires d'anatomie normale que nous voulons rappeler avant d'aborder l'étude des déplacements cardiaques, que nous allons exposer dans l'ordre cité ci-dessus.

A. *Ectopies congénitales.* — Cette variété peut se subdiviser en ectocardies thoraciques internes et en ectocardies thoraciques externes.

L'inversion congénitale intrathoracique peut s'observer à gauche comme à droite, mais la déviation gauche est généralement peu accentuée et à peine sensible on raison même de la place normale du cœur. Aussi, passe-t-elle inaperçue. Au contraire, l'inversion droite et qui a été décrite par Bouillaud sous le nom de *déxiocardie*, est celle qu'on observe constamment ; Hoffmann l'appelle *cardionostrophie*. Due à une malformation congénitale, cette modification de situation peut offrir divers aspects que Kindrat a fort bien décrits : 1° Tout l'organe cardiaque est dévié à droite mais conserve sa direction normale, son axe ; 2° La pointe du cœur est seule déviée à droite ; 3° Le cœur est complètement renversé, tordu sur son axe et cette ectopie cardiaque accompagnée de transposition d'autres viscères.

Le diagnostic de la dextrocardie est facile puisque la pointe du cœur bat à droite du sternum au lieu de battre à gauche. Il faut cependant bien analyser les différents bruits du cœur et des gros vaisseaux. En effet, dans la torsion de tout l'organe cardiaque, le battement de la crosse de l'aorte et son expansion derrière la ligne

gauche du sternum pourraient simuler le choc de la pointe du cœur.

Constantin Paul en rapporte deux observations. La première concerne une femme, de trente-cinq ans, qui présentait un arrêt de développement du côté gauche.

La pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal droit à 16 cent. de la ligne médio-sternale. Le thorax asymétrique présentait une côte gauche singulièrement rétrécie et tordue ; le sternum oblique en bas et à gauche était cependant tel que si l'on avait suspendu par sa fourchette un fil de plomb, la pointe du cœur, suivant en cela les distances normales, ne se fût trouvé qu'à 8 centim. de ce fil à plomb. Le foie n'était pas inversé.

L'angle droit du cœur et l'entrée de la veine cave inférieure coïncidaient avec l'insertion du quatrième cartilage gauche ; le bord inférieur du cœur avait une longueur totale de 12 centimètres ; la pointe était abaissée de 3 cent. $\frac{1}{2}$. " Ce cœur, dit C. Paul, était donc de grandeur normale avec une légère hypertrophie gauche. Il n'y avait ni bruit de souffle, ni irrégularité du rythme. "

Ici l'inversion du cœur n'était pas accompagnée de l'inversion des autres organes. Il n'en est pas de même de la seconde observation de l'auteur, l'inversion était totale.

Voici en quels termes il la rapporte.

" Maurice M..., âgé de 15 ans au 3 janvier prochain (nous sommes au 30 décembre), a un développement incomplet ; il y a 146 centimètres de taille, alors que la moyenne de son âge est de 155 centimètres. Cependant, il semble que le retard de la croissance diminue et que l'enfant se développe plus rapidement.

Santé très bonne, caractère très gai, Le cœur bat dans le côté droit de la poitrine, la pointe dans le cinquième espace intercostal droit, à 7 centimètres de la ligne médiane.

Le bord du foie correspond à gauche, à l'insertion du sixième cartilage.

Le bord vertical du cœur se trouve du côté gauche, à 1 centimètre et demi du bord du sternum.

L'abaissement de la pointe est de un centimètre et demi.

Auscultation normale (siège inverse). Le foie se trouve à gauche avec son volume normal. La rate est à droite et paraît petite. Le sujet n'est pas absolument gaucher. Il écrit et dessine de la main droite. Il coupe avec un couteau de la main droite ; mais s'il veut lancer une balle ou faire un exercice de force, il le fait de la main gauche. Quand il se bat, il frappe de la main gauche. Le testicule droit descend au-dessous du gauche.

Je revois ce sujet dix-huit mois plus tard, il a peu grandi, s'est élargi des épaules. Le cœur s'est développé ; il présente les mêmes rapports avec les côtes, mais la pointe est éloignée maintenant de la ligne médiane de 8 centimètres et demi, l'allongement du cœur a donc été, en 18 mois, de 15 à 16 ans et demi, de près de 2 centimètres. "

D'après ce qui précède, et d'après plusieurs observations analogues rapportées par d'autres cliniciens il résulte que l'inversion du cœur et l'inversion totale des viscères n'ont, en général, aucun retentissement fâcheux sur la santé.

Il n'en est pas de même des autres ectopies congénitales, dans lesquelles le cœur est placé soit dans la cavité abdominale, soit dans la région pharyngienne ou crânienne. Ces cas pourront être réunis sous le titre d'*ectocardies thoraciques externes*. Le plus souvent, dans ces cas, on peut constater en même temps quelque anomalie dans la conformation du cœur, une fissure de l'appareil sternal ou les traces d'un arrêt de développement de cette portion du thorax.

Le cœur peut être complètement à découvert, c'est-à-dire privé de toute enveloppe cutanée et même de péricarde.

L'ectocardie extra-thoracique avec cœur découvert est toujours d'un pronostic fâcheux : le nouveau-né succombe au bout de quelques heures ; mais, en revanche, l'ectocardie abdominale, même

dans les cas où il semble qu'on n'ait pas trouvé trace de péricarde, n'est pas incompatible avec le développement d'une existence que peut atteindre l'âge mûr.

Enfin, MM. C. Paul et F. Franck ont observé un enfant de plusieurs années avec un cœur sous la peau, dans la région épigastrique.

(à suivre)

CHIRURGIE

De l'importance des affections suppuratives de l'oreille au point de vue de l'assurance sur la vie.

(1er Congrès international des médecins d'assurances.)

M. le Dr. COOSEMANS (Bruxelles), rapporteur. — L'auteur conclut comme suit :

1° Les affections sèches de l'oreille n'ont aucune importance au point de vue de l'assurance sur la vie ;

2° Tout proposant atteint actuellement d'une affection suppurative de n'importe quelle partie de l'organe auditif doit être ajourné.

Après un traitement approprié de plusieurs semaines ou même de quelques mois :

3° Si la suppuration cesse, avec restitution *ad integrum* des parties atteintes et principalement avec occlusion des perforations tympaniques, l'admission peut se faire aux conditions ordinaires ;

4° Si la suppuration se tarit, mais laisse derrière elle une large perforation tympanique sèche, le proposant peut être admis avec une prime plus élevée ;

5° Si la suppuration persiste, avec ou sans carie osseuse, etc., le candidat doit être écarté définitivement.

M. BUYS (Bruxelles). — J'insiste sur le danger que présente toute suppuration de l'oreille, si minime soit-elle. Tout candidat porteur de cet accident devra être écarté. M. Coosemans nous dit que les affections sèches sont sans importance au point de vue qui nous occupe. Je suppose cependant qu'il ne comprend pas dans cette catégorie les scléroses qui entraînent une perte plus ou moins complète de l'ouïe. Il est certain qu'un sourd — plus sujet aux accidents — est un candidat inférieur. D'autre part, il ne faut pas écarter systématiquement tous les opérés. Il en est qui ont subi des interventions radicales, avec larges pertes de substance même, mais qui se trouvent par ce fait à l'abri de toute récurrence. Ces postulants seront de ce chef souvent meilleurs que d'autres chez lesquels sera intervenue une guérison spontanée.

M. WEILL-MANTOU (Paris). — Tous les sourds ne doivent cependant pas être éliminés. Il en est que leur situation et leur profession mettent à l'abri des dangers inhérents à leur infirmité.

M. BUYS. — Evidemment. Je n'ai pas proposé le refus de tous les sourds. (La France méd.)

Traitement de l'orchite blennorrhagique par le salicylate de soude.

Dans une thèse récente, M. Albert Pigot (thèse de Paris) recommande le salicylate de soude dans le traitement de l'orchite blennorrhagique.

Après avoir purgé le malade, avec 40 grammes de sulfate de soude ou de magnésie, il convient de lui administrer le salicylate à la dose de 4 grammes par jour en quatre cachets de 1 gramme. C'est cette dose qui a donné les meilleurs résultats à l'auteur.

Au bout de vingt-quatre heures, on voit survenir une amélioration notable, et en général, au bout de huit à dix jours, le malade peut être considéré comme guéri. Il en est ainsi dans l'orchite épidi-

dymite simple. Mais quand il existe en même temps un épanchement dans la vaginale ou de la funiculite, il est utile d'employer en même temps l'onguent mercuriel belladonné en frictions.

S'il survient une récurrence, il faut l'attribuer soit à la cessation prématurée de la médication, soit à la constipation du malade. En reprenant le salicylate dans le premier cas, en purgeant le malade dans le second cas, il est facile de venir à bout de ces récurrences.

Il est naturellement indispensable, comme complément de ce traitement, de faire garder le repos au lit au malade et de soutenir ses bourses au moyen d'un coussin ou d'un suspensoir garni d'ouate.

(Gaz. des hôpitaux.)

Nous pouvons appuyer ce traitement qui nous a rendu de grands services depuis des années. Henderson et Pignoret l'avaient préconisé (*Quarterly Compend of Medical Science*, 1887.) et administraient 20 grains toutes les heures jusqu'à cessation de la douleur.

(La rédaction.)

OBSTÉTRIQUE

Môle hydatiforme chez une enfant de douze ans et demi.

Il est généralement admis, à l'heure actuelle, que la môle hydatiforme se développe aux dépens des villosités chorionales. La formation d'une môle en dehors de l'état de grossesse est niée par la plupart des auteurs. Bock (de Bruxelles) vient de publier un cas dans lequel l'origine conceptionnelle de la môle doit être absolument écartée. Voici le résumé de cette peu commune et, partant, très intéressante observation :

La fillette, jusque-là bien portante et sans hérédité aucune, présente sa première menstruation à douze ans deux mois. D'abord écoulement sanguin modéré, puis au bout de trois jours hémorragie à petit caillots, sans douleurs. Cessation de l'écoulement menstruel au bout de huit jours.

La deuxième menstruation est plus difficile, peu abondante et s'accompagne de douleurs rénales. Deux jours après le début, élimination d'un caillot recouvert d'une membrane blanchâtre, présentant la forme de l'utérus. Le lendemain disparition des douleurs et écoulement sanguin régulier pendant quatre jours. En examinant le caillot, on trouve qu'il est formé à l'intérieur par du sang caillé et à l'extérieur par la caduque utérine (cellules épithéliales vibratiles avec glandes acineuses incomplètes).

Au début, la troisième menstruation est également douloureuse ; puis tous les trois jours il y a émission de trois caillots représentant la cavité utérine, le premier garni de la caduque, les deux autres revêtus d'une couenne blanchâtre. Entre l'expulsion des caillots perte sanguine assez forte. Repos pendant dix jours.

La quatrième menstruation, plus douloureuse que les précédentes, aboutit, après un suintement sanguin de trois jours, à l'expulsion d'une môle hydatiforme typique, à base large de 2 centimètres, circulaire, épaisse de 3 à 4 millimètres, présentant une série d'hydatides en chapelets, remplis d'une sérosité transparente à membrane fine, translucide. Les vésicules ont le volume d'un pois à celui d'une tête d'épingle. Après l'expulsion de la môle, légère hémorragie à caillots, terminée trois jours plus tard. Depuis lors les menstruations ont été très régulières et l'enfant n'a plus présenté aucun trouble.

A noter que l'enfant était absolument vierge.

Relativement à la pathogénie de la môle dans ce cas, Bock envisage plusieurs hypothèses. Quoi qu'il en soit, ce fait semblerait démontrer que la môle n'est pas toujours la conséquence d'une grossesse avortée ou dégénérée, ou d'une altération placentaire, qu'elle peut être indépendante de la grossesse.

(Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst. — Gaz. des hôp.)

GYNECOLOGIE

Métrorrhagies.

DÉFINITION. — Ecoulement de sang par l'utérus, se produisant en dehors des menstruations physiologiques.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX. — 1° *Signes d'hémorrhagie*, intensité variable suivant l'abondance de durée, la répétition de l'hémorrhagie, décoloration des téguments, vertiges, bourdonnements d'oreille, rapidité et faiblesse du pouls, refroidissement des extrémités, etc., dans les cas graves, agitation, subdélire puis collapsus.

2° *Signes particuliers.* Le sang peut : a) rester dans la cavité utérine ou dans le vagin et se coaguler ; b) s'écouler au dehors liquide plus ou moins mélangé aux liquides utérins et vaginaux ; en général odeur spéciale génitale, souvent mélangée de débris variés (villosités chorales, caduque, fragments de polype, cancer), de cellules provenant des parois des voies génitales, de microorganismes.

DIAGNOSTIC. — 1° MÉTRORRHAGIE D'ORDRE MÉDICAL : a) Maladies infectieuses banales (fièvre typhoïde, variole, scarlatine).

b) Affections organiques chroniques (maladies du cœur [en particulier le rétrécissement mitral pur] du rein, du foie).

c) Maladies spécialement hémorrhagiques (purpura, scorbut, hémophilie).

d) L'hystérie.

Dans tous ces cas la métrorrhagie n'est qu'un épiphénomène.

A. MÉTRORRHAGIES D'ORDRE GYNÉCOLOGIQUE : 1° *vierges.* Métrite virginale hémorrhagique il faut distinguer : a) endométrite infectieuse analogue à celle de l'adulte.

b) *Fausse métrite hémorrhagique* sans phénomènes inflammatoires, menstruation établie irrégulièrement, puis période d'aménorrhée à laquelle succède une série de métrorrhagies, la jeune fille est tout le temps dans le sang, anémie, palpitations, etc., le traitement doit être général (toniques, hydrothérapie).

c) *Métrorrhagies à la suite des premiers rapports sexuels.* Vraisemblablement liées à l'état congestif des organes pelviens.

B) *Ménopause*, il faut distinguer :

a) Vieille métrite chronique continuant son évolution.

b) Métrorrhagies de la ménopause, début au moment des dernières menstruations ou quelques mois après (retour d'âge).

Il n'y a pas de lésion de la muqueuse mais de la sclérose utérine et de la sclérose vasculaire. Congestions en rapport avec la cessation de la ponte ovarienne ou rupture de vaisseaux malades. Ce sont des hémorrhagies courtes abondantes qui se rapprochent de plus en plus, déterminant anémie, palpitations, vertiges ; faire complètement le diagnostic avec tumeurs, surtout le cancer, nécessité du toucher intra-utérin. Traitement, curetage, hystérectomie.

c) **VIE SEXUELLE ACTIVE :** a) les tumeurs utérines.

I. *Cancer.* *Museau de tanche*, ne donne du sang que lorsque le cancer est ulcéré. Le diagnostic est alors simple.

Cavité cervicale et corps. Ménorrhagies puis métrorrhagies apparaissant sans raison ou à la suite d'effort, de coït, peu abondantes, de courte durée, bientôt remplacées par écoulement ichoreux fétides ; diagnostic avec les métrorrhagies de la ménopause, du fibrome, de la métrite chronique. Toucher et exploration intra-utérine.

II. *Fibromes.* Surtout les *fibromes sous-muqueux*.

Hémorrhagies très fréquentes, très abondantes, non en rapport avec le volume de la tumeur. C'est rarement la tumeur qui saigne, l'hémorrhagie est due à l'hypéremie constante que le développement du myome détermine sur le système circulatoire utérin.

Diagnostic par le toucher, 1er cas : polype cerclé par anneau élastique que forme le col effacé, faisant saillie d'une façon perma-

nente ou passagère (règles), déterminant douleurs à caractère expulsif ; 2e cas, fibrome intra-utérin : nécessité de l'exploration intra-utérine qui fera reconnaître la tumeur et l'agrandissement de la cavité utérine.

b) *Les lésions des annexes.* Ovaires polykystiques, salpingo-ovarites, kystes ovariens (plus rarement), hémato-salpinx (voir grossesse ectopique).

Ce sont surtout ménorrhagies très douloureuses, métrorrhagies irrégulières comme abondantes.

c) *Les métrites banales.*

I. *Métrites aiguës* (blennorrhagie, infection puerpérale), ménorrhagies et métrorrhagies abondantes avec douleurs, fièvre, écoulements purulents, gros utérus ramolli à col turgescent, à sensibilité exquise.

II. *Métrites chroniques.* Ménorrhagies et métrorrhagies fournies par fongosités vasculaires et polypes muqueux.

Gros utérus à cavité agrandie, à gros col ulcéré, écoulements purulents depuis longtemps.

d) *Métrites spéciales.*

I. *Endométrite déciduale*, la plus fréquente des métrites dites hémorrhagiques causée par rétention de débris d'œuf souvent très petits ; apparition des métrorrhagies après une fausse couche, un accouchement, un retour de règles de quelques jours ou quelques semaines. Pertes d'abondances variables mais répétées, se prolongeant indéfiniment. Etat général peu touché. Traitement, curetage.

II. *Métrite hémorrhagique vraie* (métrite angiomateuse de Quénu), transformation cavernueuse de la muqueuse utérine, ménorrhagies puis métrorrhagies très abondantes sans cause occasionnelle, gros utérus sans lésions annexielles. Curetage sans effet. Nécessité de la ligature des utérines ou de l'hystérectomie vaginale.

3° MÉTRORRHAGIE D'ORDRE OBSTÉTRICAL : A) *grossesse.*

I. Pertes peu abondantes irrégulières des premiers mois simulant les règles (*fausses règles*).

II. *Hémorrhagies du placenta inséré sur le segment inférieur* pendant le 2 ou 3 derniers mois. Métrorrhagie abondante pouvant être mortelle d'emblée, ou se répéter et par cela même devenir menaçante, apparaît spontanément au repos la nuit, traitement : repos et surveillance si le pouls ne dépasse pas 100, sinon déchirure large des membranes ou ballon de Champetier.

III. *Décollement prématuré du placenta normalement inséré.* Le plus souvent albuminurie, foyers hémorrhagiques intra-placentaires ou placento-utérins, hémorrhagies mixtes ou cachées. Etat général grave, d'emblée utérus est augmenté de volume, d'une dureté li-gneuse. Mort du fœtus.

IV. *Grossesse ectopique :* a) hémorrhagie d'origine tubaire produite par décollement de l'œuf et se déversant au dehors par la voie utérine, liquide sanglant noirâtre poisseux.

b) Expulsion hémorrhagique de la caduque pouvant faire croire à un avortement utérin.

Nécessité du diagnostic par le toucher, constatation de la tumeur annexielle, etc.

B) *Travail :* a) *avortement.* Hémorrhagies abondantes dues au décollement incomplet de l'œuf, gros intestin avec col mou ouvert, masse ovulaire engagée dans le col ou en partie expulsée, masse placentaire retenue après l'expulsion d'un fœtus.

Traitement : délivrance artificielle, curage digital suivi ou non de curetage.

b) *Petites hémorrhagies dues à la déchirure du col.*

c) Hémorrhagies liées à une insertion du placenta sur le segment inférieur.

d) *Rupture utérine.* Présentation vicieuse (épaule) ou rétrécissement du bassin, ou excès de volume du fœtus (hydrocéphalie), hémorrhagie externe noirâtre peu abondante. Signes d'hémorrha-

gies internes. Fœtus sorti de l'utérus formant masse superficielle surmontée de l'utérus revenu sur lui-même.

Traitement : laparotomie et hystérectomie.

C) *Délivrance*. Décollement incomplet du placenta et inertie utérine.

Pas de globe de sûreté, signes d'hémorragie interne coexistant ou non avec hémorragie externe.

Traitement : délivrance artificielle.

D) *Après la délivrance*. Rétention d'un cotylédon, le placenta expulsé est incomplet, l'hémorragie peut être immédiate ou tardive. Curage digital.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

PÉDIATRIE

Algidité progressive des nouveau-nés.

Hervieux et Budin ont donné le nom d'algidité progressive à un état particulier que l'on constate parfois chez les nouveau-nés. Il est caractérisé au premier titre par un abaissement progressif de la température, mais ce symptôme est loin d'être unique ; il existe en même temps une dépression progressive de la circulation et de la respiration. Chez quelques nouveau-nés, le thermomètre descend à 28, 26 et même 25°, et le nombre de pulsations à 60 et même en dessous.

Cet état est excessivement grave. Hervieux en a observé 11 cas, tous terminés par la mort ; Budin 142 cas avec trois survies seulement.

L'expérimentation physiologique nous apprend que la mort par inanition chez les jeunes animaux se produit exactement de la même façon. De là à admettre comme cause de l'algidité progressive des nouveau-nés, une insuffisance de la nutrition, il n'y a qu'un pas.

La faiblesse congénitale des nouveau-nés a les plus grands rapports avec l'algidité progressive ; on peut admettre que celle-ci constitue la terminaison de la première affection lorsqu'elle est très prononcée et mal soignée.

Maygrier se demande ce qu'il faut entendre par faiblesse congénitale, et il donne l'explication suivante :

C'est l'état des enfants qui viennent au monde avant terme et chez lesquels les fonctions principales de l'organisme, et notamment la fonction respiratoire, ne s'accomplissent que d'une façon très incomplète. Cet état-là est connu depuis longtemps : il a été appelé faiblesse native, faiblesse originelle. Autrefois, Billard appelait cela établissement incomplet de la respiration. Parrot a insisté sur la différence qu'il y a entre la mort apparente et la faiblesse congénitale des nouveau-nés : celle-ci se distingue par ce fait que les organes de l'enfant sont en état de débilité et surtout ses poumons ; lorsqu'il meurt, on voit en effet que les poumons ont à peine respiré, il y a atelectasie pulmonaire, le poumon surnage sur l'eau, l'hématoxose se faisait mal, l'enfant vivait presque uniquement par son appareil circulatoire. Cependant, il ne faut pas croire que les enfants en état de faiblesse congénitale soient fatalement destinés à mourir. Sous quel aspect se présentent-ils ? Ils sont d'autant plus petits, d'autant plus chétifs qu'ils sont plus près du sixième mois, puisque c'est à partir de la fin du sixième mois qu'ils sont reconnus viables. Leur poids est de 2,000, de moins de 2,000 grammes, de 1,800 grammes ; certains enfants nés dans cette clinique ont pesé de 1,000 à 1,500 grammes, et cependant on est arrivé à les élever. La question de poids, d'ailleurs, n'est pas seule à envisager : un enfant dont le poids est moindre mais dont l'état des organes est meilleur aura plus de chances de vivre qu'un enfant pesant davan-

tage mais dont les organes sont plus défectueux. Je ne vous parle pas de la longueur de l'enfant : elle est 45 à 48 centimètres, quelquefois moins. La peau présente une coloration spéciale : elle est rouge vif, transparente de façon à laisser voir les vaisseaux, quelquefois même les organes sous-jacents. Ces enfants, je le répète, ont l'aspect grêle, chétif ; lorsqu'ils viennent à mourir, on constate l'état incomplet de leur développement, le point d'ossification de l'épiphyse inférieure du fémur n'existe pas, dans le maxillaire on ne trouve pas les quatre alvéoles bien caractéristiques. Leurs fonctions sont languissantes, ils n'ont pas la respiration saccadée, suspirieuse des enfants en état de mort apparente, ils respirent faiblement, crient faiblement, leur cri ressemble au pialement d'un poussin, leur cœur bat régulièrement. Ils sont plongés dans une sorte de torpeur plus ou moins développée, ils têtent mal, déglutissent mal, à cause de la friblesse des muscles de la bouche ; il y a une sorte d'inertie générale qui se reconnaît parfaitement.

Cet état n'est pas extrêmement rare : sur 466 accouchements à la clinique, 118 femmes ont eu des enfants en état de faiblesse congénitale ; ces enfants sont au nombre de 122, car il y a eu deux grossesses gémellaires ; cela fait donc plus du quart des enfants nés dans le service, c'est donc fréquent. La cause de cet état c'est l'accouchement prématuré, soit spontané, soit provoqué, et cet état est d'autant plus grave que les enfants sont plus près du sixième mois ; les enfants de mères syphilitiques, albuminuriques, tarées, sont également exposés à naître dans cet état. Cela m'amène à vous parler du pronostic : celui-ci est subordonné avant tout au poids de l'enfant, à l'état, au fonctionnement de ses organes ; j'insiste sur ce fait, le poids ne suffit pas pour établir le pronostic. Un point important à établir à ce point de vue, c'est l'âge de la grossesse ; ce n'est pas toujours facile, mais il faut cependant s'efforcer de le savoir ; on sait que les enfants s'élèvent moins bien à sept mois qu'à huit mois. J'ai un mot à ajouter : dans certains cas la faiblesse congénitale a été telle que l'on a cru les enfants morts et l'on a enterré ainsi des enfants qui ont survécu à l'exhumation ; il faut donc bien savoir reconnaître cet état.

Nous arrivons à la question vraiment pratique, au traitement. Il y a deux grandes indications à remplir : 1° entourer les enfants de chaleur, c'est la chaleur qui leur manque le plus ; 2° les alimenter d'une façon convenable, ce qui est bien difficile.

Le premier point ne souffre aucune controverse : il faut employer la couveuse. La température de la couveuse sera 32° au minimum, maintenue par des boules d'eau chaude renouvelées à propos jour et nuit.

Cet appareil doit être muni d'un orifice en bas et d'un autre en haut, de façon à ce qu'il y ait toujours un léger courant d'air. En ouvrant plus ou moins l'orifice supérieur on arrive à régler la température.

Comment nourrir l'enfant ?

Il faut lui faire prendre du lait, autant que possible du lait de nourrice ; s'il n'a pas la force de têter il faut le gaver. Cette opération se fait très simplement. Il suffit de lui introduire dans l'œsophage une sonde urétrale munie d'un petit entonnoir (faire entrer 15 cent. de sonde et verser petit à petit de 8 à 15 gr. de lait, au besoin du lait de nourrice).

(Gazette médicale belge).

Traitement du rachitisme.

Une nouvelle application de l'opothérapie : le traitement du rachitisme par les capsules surrénales. C'est M. STOLTZNER qui a essayé (*Deut. med. Wochenschr.*) ce traitement à la clinique du professeur Heubner, et les résultats ont été très favorables, à en juger par les conclusions suivantes, que M. Stoltzner donne à la fin de son travail.

1° Les capsules surrénales exercent une action des plus favorables sur l'état général, l'agitation, les sueurs, l'excitabilité vaso-motrice et surtout sur le craniotabes des enfants rachitiques ; souvent tous ces symptômes sont considérablement améliorés dans l'espace de huit à quinze jours ;

2° Les enfants traités de cette façon apprennent rapidement à marcher, à courir, à s'asseoir ; la mollesse des os du thorax disparaît très vite ; les dents en retard sortent des gencives ;

3° Les dimensions des fontanelles, la déformation du thorax, le chapelet costal, les tuméfactions épiphysaires et les déviations des membres sont moins influencés par ce traitement ;

4° Le spasme de la glotte résiste presque toujours à ce traitement ;

5° L'amélioration de tous les symptômes est surtout manifeste pendant les premiers huit jours du traitement ; plus tard, les progrès sont moins rapides ;

6° Si l'on interrompt le traitement, l'amélioration ne fait plus de progrès, ou bien il survient même une aggravation dont le traitement, repris à nouveau, a rapidement raison ;

7° Même dans les cas compliqués de syphilis, d'entérite, de bronchite, de broncho-pneumonie, le traitement par les capsules surrénales amène une amélioration considérable du rachitisme ;

8° Dans un cas de rachitisme grave traité par les capsules surrénales et dans lequel la mort a été amenée par une bronchite capillaire, l'examen histologique des os a montré qu'il n'existait plus que des traces de tissu ostéoïde, et que même les ostéophytes périostés donnaient presque partout la réaction du tissu osseux calcifié.

(Gazette méd. belg.)

THERAPEUTIQUE

Traitement du coma diabétique par les injections de serum physiologique.

Par M. BURGEZ (Thèse de Lyon).

D'après M. BURGEZ, les injections alcalines dans le coma diabétique ne peuvent ramener à leur réaction normale ni le sang ni les urines. Elles sont donc inutiles au moment même de l'intoxication.

Les alcalins seront donnés comme médication préventive du coma ou après un coma amélioré.

Le liquide de choix est le serum physiologique à 7 grammes de chlorure de sodium pour 1,000 grammes d'eau stérilisée, en injections intra-veineuses et sous-cutanées.

Il agit :

- a) Par hydratation du sang, dilution des toxiques et lavage ;
- b) Par excitation générale de l'organisme (centres nerveux, système musculaire, etc.) ;
- c) Par excitation de tous les appareils de diurèse (reins et glandes).

En principe, injecter tous les comas diabétiques francs et hâtivement, commencer par des injections intra-veineuses, continuer par des injections sous-cutanées. Si les reins sont malades on aura une amélioration, et la guérison s'ils sont sains.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Le bleu de méthylène comme hypnotique.

Par VALLON et WAHL (de Villejuif).

Chez deux malades paralytiques généraux gâteux, nous avons été obligés d'interrompre l'usage du bleu de méthylène parce qu'il détériorait le linge et les objets de literie ; il n'avait d'ailleurs enco-

re donné aucun résultat appréciable. Un excité maniaque a refusé de prendre le médicament au bout de huit jours ; chez lui le résultat du traitement a été peu net. Chez un autre malade dégénéré avec excitation maniaque et délire polymorphe, le bleu de méthylène, en colorant les urines, a amené des idées de persécution qui n'existaient pas jusqu'alors ; le malade est devenu violent et agressif, persuadé en voyant la couleur de son urine que nous l'avions empoisonné. Chez un autre débile agité le résultat a été médiocre ; on n'a obtenu que quelques heures de sommeil pendant la nuit. Chez un seul malade atteint d'agitation maniaque le résultat a été pleinement satisfaisant.

Le temps que le médicament a mis pour s'éliminer chez nos malades a été très variable. Après la suppression du médicament l'urine a encore conservé sa coloration bleue pendant trois jours chez un vésanique sans troubles somatique ; quatre jours chez deux autres malades également vésaniques. Chez deux paralytiques généraux l'élimination a été beaucoup plus lente : elle a duré huit jours chez l'un, dix jours chez l'autre. Ce fait prouve une fois de plus que dans la paralysie générale le système nerveux central n'est pas seul malade, mais que la plupart des viscères sont aussi altérés, comme l'a bien montré M. Klippel. Enfin un malade, qui a mis dix jours pour éliminer complètement le médicament, est un paludique ayant fait un long séjour aux colonies, c'est-à-dire un malade dont le foie et la rate ne sont pas dans un état normal.

En résumé, les essais que nous avons faits du bleu de méthylène contre l'insomnie sont beaucoup trop incomplets (6 obs.) pour que nous puissions en tirer des conclusions fermes sur la valeur de ce médicament ; tout ce que nous pouvons dire c'est qu'il ne nous paraît pas supérieur aux autres hypnotiques ; par contre il présente certains inconvénients, que cette note a surtout pour but de signaler : il tache les vêtements et objets de literie, les gâteaux peuvent s'en barbouiller les mains et le visage, au grand mécontentement de leur famille ; d'autres malades, en voyant la coloration bleue de leur urine, sont portés à en souiller les murs ; enfin le bleu de méthylène, en colorant fortement l'urine, paraît devoir donner facilement lieu à des interprétations délirantes de la part des aliénés.

A un autre point de vue cette substance présente l'avantage de renseigner sur l'état des organes excréteurs, en particulier des reins.

(Progrès médical.)

Traitement des dyspepsies hyper- et hypo-chlorhydriques.

Par M. le Dr. LEMOINE.

Les dyspepsies sont caractérisées par une difficulté habituelle de la digestion qui se manifeste par un syndrome, c'est-à-dire un ensemble de symptômes variables, suivant les circonstances et suivant les sujets. Elles constituent non pas une entité morbide, mais un syndrome.

On peut diviser les dyspepsies en 3 groupes :

- 1° Les cas où le suc gastrique n'est pas assez acide : hypo-chlorhydrie, et ceux où l'acidité est presque nulle : anachlorhydrie ;
- 2° les cas où il y a excès d'acide : hyperchlorhydrie ;
- 3° Les cas, assez nombreux, qui ne peuvent pas être classés dans ces deux groupes.

L'hypo-chlorhydrie est caractérisée par une diminution de l'acidité du suc gastrique ; sa symptomatologie est très simple dans les cas ordinaires, mais d'autres fois son diagnostic devient très difficile.

L'hyperchlorhydrie est une affection fréquente qui se rencontre surtout chez les arthritiques. Elle existe même chez des gens ayant en apparence une très bonne santé.

Comment traiter ces deux affections ? Prenons d'abord l'hypo-chlorhydrie.

1° *Traitement de l'hypochlorhydrie.* — On sait que c'est un ensemble de symptômes causés par un défaut d'acide et de ferment dans le suc gastrique : il faut donc acidifier ce dernier.

Faisons d'abord prendre une solution d'acide chlorhydrique, soit au début, soit à la fin du repas. Il vaut mieux l'administrer au début afin d'agir dès le commencement de la digestion et d'éviter ainsi les premiers malaises.

Aux sujets qui ne craignent pas de prendre une solution ayant un goût acide, on ordonne :

Acide chlorhydrique..... 1 à 2 gr.
Eau distillée..... 100 gr.

Une cuillerée à café de cette solution au début du repas. On peut du reste l'étendre avec un peu d'eau pour en atténuer le goût.

Pour une femme ou un enfant on masque le goût de la façon suivante et on formule :

Acide chlorhydrique..... 1 à 2 gr.
Sirop d'écorce d'orange amère..... 300 gr.

Une cuillerée à soupe au lieu d'une cuillerée à café.

On peut encore déguiser davantage le goût de la façon suivante :

Acide chlorhydrique..... 1 gr.
Sirop de limon..... } de l'un 100 gr.
ou Sirop de grenadide..... }
ou Sirop de groseille..... }
Eau distillée..... 200 gr.

et l'on a ainsi une limonade très agréable qui sera toujours bien acceptée.

Il faut généralement joindre à cette médication l'emploi des ferments, qui sont souvent utiles. On donne alors, à la fin du repas, de la pepsine, de la papaine ou de la pancréatine.

La pepsine serait réellement le meilleur produit si elle n'était souvent falsifiée. Elle se donne par cachets de 15 à 25 centigrammes.

On a fait de nombreux élixirs contenant de la pepsine, mais l'alcool qui entre dans leur composition détruit la plupart des propriétés du ferment. Il vaut encore mieux l'incorporer à la solution acide, et ajouter à une des formules précédentes 5 grammes de pepsine.

Un produit analogue, et plus efficace peut-être, est la papaine, extrait du *Carica papaya*.

C'est une véritable pepsine végétale que l'on prendra comme l'autre, en cachets, à la fin du repas.

Les résultats de ce traitement sont rapides et certains dans les cas simples. Mais si l'hypochlorhydrie est très accentuée, s'il existe d'abondantes fermentations, cela ne suffit pas. Suivant l'exemple des Anglais il faut, dans ces cas, donner, une heure après le repas, des acides forts, de l'acide sulfurique ou nitrique. Aussitôt arrivés dans l'estomac, ces produits arrêtent les fermentations dues aux acides faibles, lactique ou oxalique. On donne un verre de limonade sulfurique, ou une cuillerée à café de la solution suivante :

Acide sulfurique..... V gouttes.
Eau..... 100 gr.

Il y a d'autres produits qui sont mieux acceptés par les malades que ces acides forts. Le menthol par exemple, qui fait rapidement disparaître les fermentations.

Menthol 1 gr.
Julep gommeux..... 100 gr.

Une ou deux cuillerées à soupe de cette solution après la fin de chaque repas,

Robin donne, 1 heure avant les repas, soit une petite quantité d'eau de Vichy, soit du bicarbonate de soude à la dose de 50 centigr. à 1 gramme. Il y joint, pour exciter les contractions des fibres musculaires de l'estomac, des médicaments stimulants, tels que la strychnine ou la rhubarbe. Voici une formule qui répond à ce but :

Teinture de noix vomique..... }
Teinture de rhubarbe..... } à à 2 gr.
Teinture de badiane..... }

dont on fait prendre V, VI à X gouttes $\frac{1}{2}$ heures avant les repas.

En effet, pour que la médication eupeptique produise un bon effet, il faut qu'elle soit administrée $\frac{1}{2}$ heure au moins avant les repas. Aussi le vin de quinquina que les malades prennent en se mettant à table ne donne-t-il aucun résultat.

Pour combattre la paresse de l'estomac, il est souvent nécessaire d'avoir recours aux lavages de cet organe. Par ce procédé, on débarrassera la cavité des fermentations qui peuvent être la cause d'une dilatation permanente. Ces lavages seront faits tous les jours ou tous les 2 jours avec de l'eau légèrement alcaline.

Les malades atteints d'hypochlorhydrie étant souvent des névropathes, il importe beaucoup de traiter leur état général. L'hydrothérapie chaude, en jets brisés, les douches tièdes à faible pression, le tube tiède seront les procédés de choix. La médication antinerveuse énergique ne convient pas à ces malades : les douches froides sont suivies de lassitude, et des jets violents donnent toujours un certain ébranlement au système nerveux.

On peut avoir à traiter certaines complications. Les fermentations peuvent être assez abondantes pour prolonger le malaise, et, de plus, les produits de ces fermentations, pénétrant dans l'intestin, causent souvent de la diarrhée. Il faut ici se servir des acides forts. Voici une préparation, fort en usage en Angleterre, qui donne d'excellents résultats :

Acide sulfurique..... 2 gr.
Acide azotique..... 0 gr. 50
Alcool à 80°..... 20 gr.

On laisse ces substances en contact pendant 48 heures, et, lorsque le mélange est complet, on ajoute :

Sirop de limons..... 150 gr.
Eau de tilleul..... 100 gr.

Cette potion acidulée fait disparaître radicalement les malaises prolongés des hypochlorhydriques. J'en fais prendre 1 cuillerée à soupe 1 heure après le début du malaise.

(à suivre)

Maladies vénériennes

Du phadegenisme dans les syphillides tertiaires et du traitement de ces syphillides.

Par M. le Professeur FOURNIER.

(Suite)

Abordons maintenant la question pratique : le traitement des syphillides tertiaires. Tout se résume dans les quatre points suivants :

1° Pour les syphillides sèches, c'est la médication mercurielle qui convient, pour les syphillides gommeuses, c'est l'iode. J'ajoute que, pour chacun de ces deux ordres de lésions, chaque médication est suffisante.

2° Il y a quelque chose qui fait mieux que le mercure c

l'iodure, c'est l'association de ces deux remèdes ; seulement, cette association doit être différente suivant qu'il s'agit de syphilides sèches ou de syphilides gommeuses ou ulcéraives. Dans le premier cas, c'est le mercure qui doit prédominer ; dans le second, c'est l'iodure, si bien que si l'intolérance pour ces deux médicaments se produisait, et qu'il faille en sacrifier un, c'est le médicament le moins important auquel il faudrait renoncer.

3° Entre le traitement de l'une et de l'autre de ces syphilides tertiaires, il y a un point commun : il faut procéder à hautes doses, cela est important et cela n'est pas connu, car si vous faites l'histoire primitive de ces lésions, vous trouverez qu'elles n'ont pas été traitées énergiquement au début, mais mollement. Je ne dis pas que, pour une syphilide qui ne paraît pas bien grave, il faille faire feu de toutes pièces, mais dans les cas graves, il faut employer le traitement intensif.

4° Dans les cas très graves, dans les cas où l'intégrité de l'organe est menacée, il faut frapper fort, il n'y a pas à hésiter, et il n'y a qu'un moyen pour cela, c'est l'injection de calomel à 5 centigr., à 8 centigr., à 10 centigr. pour commencer. Déjà nous avons dans le service et vous avez vu récemment des cas qui justifient cette façon de faire. Vous avez vu cette femme dont le nez menaçait ruine, et avec une seule injection de calomel et iodure tout accident a été conjuré ; d'ailleurs on n'est pas obligé de continuer les injections de calomel. Chez cette malade une seule injection a suffi, il est vrai qu'elle a été tellement douloureuse que nous n'aurions pas pu en donner d'autres, mais cette première injection, je le répète, a été suffisante, nous lui avons donné ensuite des pilules de Dupuytren.

Voilà pour le traitement interne. Maintenant, le traitement topique. Dans la syphilide sèche, faut-il un topique ? Non. On a prétendu que la résolution pouvait être aidée par certaines applications, l'onction mercurielle par exemple ; c'est inutile. Mais dans la forme ulcéreuse, oui. Et d'abord, faut-il laisser les croûtes ou les enlever ? C'est une erreur de laisser les croûtes et de croire que la cicatrisation se fera mieux sous elles, car elles séquestrent du pus et l'entretiennent ; il faut donc les faire tomber : un cataplasme et un bain suffiront pour cela. Les croûtes tombées, comment faut-il panser les plaies ? On a tout proposé, mais ce qu'il y a de mieux c'est l'occlusion telle que vous nous la voyez faire dans notre service journallement ; mais pour que l'occlusion donne tout ce qu'elle doit donner, il faut qu'elle soit complète, hermétique, comme disait Chassaignac. Avec quoi faut-il faire cette occlusion ? Avec un sparadrap, avec un bon sparadrap ; ce n'est pas facile à trouver ; le sparadrap de Vigo dont on se sert habituellement, tel qu'on se le procure, est grossier ; ce qui est bon, c'est le sparadrap fin qui puisse s'appliquer parfaitement sur la plaie. Quand à l'application, elle est très simple et je vous dis en deux mots ce que Chassaignac a si compendieusement décrit. On taille de petites bandelettes qu'on place, la première sur la partie inférieure de la plaie, la seconde recouvrant d'un tiers la précédente, et ainsi de suite. Chassaignac voulait qu'on fit le croisement de ces bandelettes : vous pourrez le faire. Là-dessus, on applique une compresse de toile et on assujettit le tout avec une bande.

Le résultat, quel est-il ? Excellent ; avec l'occlusion ainsi faite, on obtient quatre avantages : 1° on calme toute douleur ; 2° on prévient toute complication, inflammation ou autre ; 3° on tarit le pus ; 4° on modifie rapidement les plaies, on les déterge positivement et on les amène à la cicatrisation.

Quelques détails pratiques. Après quelques jours, il peut se faire que la plaie, devenue plaie simple, languisse, ou bien il se fait au contraire des bourgeons exubérants : il faut alors employer le crayon de nitrate d'argent tous les jours ou tous les deux jours. A la dernière période, il arrive fréquemment que l'occlusion ne fait plus rien, le taffetas de Vigo semble même nuisible ; le mieux alors, c'est d'employer les poudres. Saupoudrez avec de la poudre d'iodo-

forme, ou une poudre inerte ; talc, sous-nitrate de bismuth, etc., de la ouate par dessus, et c'est tout.

Le repos n'est pas absolument nécessaire, mais il est indispensable lorsqu'une ulcération assez vaste siège sur les membres inférieurs. La balnéation est absolument nécessaire, elle est très avantageuse dans tous les cas, surtout pour déterger l'ulcère. D'ailleurs, à chaque pansement, la plaie doit être lavée à l'eau bouillie ; j'avais oublié de vous dire que le pansement doit être fait toutes les vingt-quatre heures si la suppuration est très abondante, ou tous les 2 ou trois jours si elle n'est pas très abondante. Les bains sont donc nécessaires, tous les jours pendant 4, 5, 6 jours, puis au-delà, tous les deux jours, puis tous les 8 jours. La balnéation doit être prolongée, et dans le cas de phagédénisme, rien ne fait mieux que les bains de 2 ou 3 heures.

Un point de détail encore. Quand il y a une ou plusieurs plaies du cuir chevelu, comment les panser par occlusion ? Il n'y a qu'un moyen, c'est la rasure, non une rasure générale, c'est inutile, mais une rasure d'un centimètre environ autour des plaies.

Il y a encore un mode de traitement des plaies, c'est l'iodoforme. C'est un excellent médicament qui a fait ses preuves, il déterge, modifie les plaies d'une façon merveilleuse, mais son odeur nauséuse le fait rejeter. Cependant, je vous le répète, il fait bien dans les syphilides ulcéreuses : ou bien, on saupoudre la plaie d'iodoforme et on recouvre avec de la ouate, ou bien on applique un duvet d'ouate enduit de pommade iodoformée à 1 pour 10. Cela ne vaut pas l'occlusion, mais c'est bon.

Enfin, on peut combiner les deux modes de traitement : occlusion et iodoforme. Comment fait-on alors ? On saupoudre légèrement — je dis légèrement car on saupoudre toujours trop, — la plaie avec l'iodoforme, puis, par dessus, on fait l'occlusion à la mode de Chassaignac. C'est là le pansement le plus actif. Vais-je vous dire de l'employer toujours ? Non, l'odeur de l'iodoforme fait toujours obstacle à son emploi. Mais, dans les cas où vous voudrez aller vite, vous emploierez ce double traitement. Dans les cas de syphilide non menaçante, il est préférable d'éviter au malade l'odeur de l'iodoforme.

(Indépendance médicale).

FORMULAIRE

COLLUTOIRE CONTRE LES APHTES.

Borate de soude.....	1½	drachme.
Salicylate de soude.....	2½	—
Teinture de myrrhe.....	2	—
Sirop de mûres.....	} 66	1 once.
Eau distillée.....		

PURGATIF AGRÉABLE.

Scammonée.....	15	grains.
Sucre blanc.....	4	drachmes.
Triturez en versant peu à peu.		
Lait pur.....	4	onces.
Eau de laurier-cerise.....	1½	drachme.

NOUVELLES.

NAISSANCE. — En cette ville, le 16 courant, l'épouse du docteur J. M. R. Trudeau, une fille.

— M. le docteur J. A. Rodier, de Montréal, est de retour d'un voyage à Paris.

SOMMAIRE

REVUE DES JOURNAUX

	PAGES
MÉDECINE : Les ectopies cardiaques, par M. le docteur S. Bernheim (suite). — Valeur de l'épreuve du bleu de méthylène, par MM. Reynaud et Oliver.....	217
CHIRURGIE : Diagnostic et traitement de l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale, par le docteur Vandembosche, de Versailles. — Traitement électrolytique des angiomes, par M. J. Bergonié, Bordeaux. — Résultats éloignés de l'électrolyse de l'urètre, par M. Denos, Paris	218
OBSTÉTRIQUE : Influence de la syphilis post-conceptionnelle sur le placenta et le fœtus	220
GYNÉCOLOGIE : L'amputation du col utérin et accidents consécutifs, par M. Pichevin. — Modification de la technique opératoire pour l'énucléation des tumeurs des ligaments larges. — Essai de transplantation d'ovaire humain....	220
PÉDIATRIE : Traitement des affections gastro-intestinales aiguës des nourrissons, — Sur la digestion artificielle du lait, par le professeur Jemma.....	221
THERAPEUTIQUE : Traitement des dyspepsies hyper- et hypochlorhydriques, par M. le docteur Lemoine (suite).	222
MALADIES VÉNÉRIENNES : Les causes de la mort par syphilis, par le docteur A. Bayet.....	223

Revue des journaux

MEDECINE

Les ectopies cardiaques.

Par M. le docteur S. BERNHEIM.

(Suite)

B. Ectopies pathologiques. — Ces déplacements secondaires ou acquis sont de deux ordres : le cœur peut se déplacer en totalité dans un sens, soit en bas, soit en haut, soit à droite, soit à gauche, ou bien il peut être déplacé suivant ses axes principaux. Dans ce dernier cas, ce déplacement axial s'accompagne toujours d'un déplacement plus ou moins accentué en totalité dans un sens.

1° Déplacement en bas. — Cet abaissement du cœur peut reconnaître un double mécanisme : ou bien l'existence de lésions qui augmentent son poids et entraînent sa chute ; ou bien l'existence de pression qu'il subit de haut en bas.

Si le cœur lui-même est augmenté de poids, il s'hypertrophie, se dilate et déprime la cloison diaphragmatique sur laquelle il repose.

Normalement, le bord supérieur du cœur est légèrement oblique ; l'obliquité est de 2 centim. entre l'angle hépatique et la pointe.

Si par hypertrophie du cœur gauche, la partie gauche du cœur s'alourdit et s'abaisse, cette obliquité s'accroît ; elle peut atteindre 4 ou 5 centim., la pointe du cœur battant non plus dans le 4^e espace, tout contre le 5^e cartilage costal, mais dans le 5^e et même dans le 6^e espace ; le ventricule s'allonge ; la pointe s'écarte de la ligne médio-sternale et au lieu de s'en trouver distante de 8 centim. ; elle peut en être à 10 et même à 15 ou 16 centimètres.

Supposons maintenant que l'hypertrophie atteigne le cœur droit : l'angle droit du cœur s'abaissera par un mécanisme analogue et l'obliquité du bord inférieur diminuant, ce bord tendra à devenir horizontal. C'est ce qui arrive dans l'emphysème et dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Enfin, si l'hypertrophie est totale, c'est le cœur qui en totalité s'alourdit ; le bord inférieur, sans changer d'obliquité, se déplace en bas parallèlement à lui-même et occupe un ou plusieurs espaces inférieurs.

D'après Skoda, dans l'emphysème pulmonaire, le cœur descend plus à gauche qu'à droite ; la pointe peut toucher la ligne médiane.

Bamberger, Schrotter et C. Paul contredisent cette opinion et objectent que ce qui a trompé Skoda, c'est que le choc du cœur, qu'on sent sous le xiphoïde, n'est pas celui de la pointe, mais celui du ventricule droit qui est la partie la plus dilatée. Sur le cadavre, le contrôle peut en être fait au moyen d'aiguilles, selon la méthode de Gendrin. En même temps que la pointe, l'angle droit du cœur s'abaisse. Le bord inférieur presse de toute sa continuité sur le diaphragme et transmet à l'épigastre la systole cardiaque sous forme d'un soulèvement considérable. Cette horizontalité du bord inférieur est due encore, dans l'emphysème, à l'hypertrophie des poumons, et particulier du poumon droit qui refoule le foie en bas. C. Paul a enfin montré que dans l'emphysème, le cœur subit un mouvement de torsion autour de son axe vertical par suite du poumon gauche qui éloigne la pointe de la paroi thoracique, fait pivoter le cœur et amène par conséquent le cœur droit dilaté au contact de cette paroi.

Citons enfin comme causes possibles de l'abaissement du cœur : un épanchement péricardique ; une néoplasie (tumeurs quelconques) ; une traction par le centro phrénique, celui-ci étant attiré en bas par un foie hypertrophié (cirrhose).

2° Déplacement à gauche. — Chaque fois qu'il y a hypertrophie, le cœur se trouve *ipso facto*, entraîné vers la gauche, car il est maintenu à droite par la fixité de la veine cave inférieure. De même, il existe un déplacement, qu'on peut appeler normal, lorsqu'on se couche sur le flanc gauche, la pointe du cœur se trouvant abaissée de ce côté de 2 centim. par le poids même de l'organe.

S'il existe dans la moitié droite du thorax un épanchement de liquide (pleurésie) ou de gaz (pneumothorax), le cœur se trouve repoussé vers la gauche jusqu'au prolongement vertical de la ligne axillaire dans le 6^e ou le 7^e espace. Généralement, la déviation est de 3 à 4 centimètres.

Inversement, après une pleurésie, le poumon gauche, ne se retractant plus, peut maintenir de son côté l'organe cardiaque.

D'ailleurs, les déplacements du cœur liés à l'existence d'une pleurésie sont assez importants et assez fréquents pour que nous ayons cru devoir faire un chapitre spécial à la fin de cette étude.

C'est par un mécanisme analogue d'adhérence que le déplacement du cœur à gauche s'effectue chez les phthisiques. Nous observons en ce moment 3 tuberculeux chez lesquels la pointe du cœur est déviée à gauche et bat au-dessous du 5^e espace intercostal en dehors du mamelon : chez chacun d'eux il y a une déviation de 2 à 3 centimètres et on a pu constater aux rayons X ce déplacement. Davies a rapporté à la Société Royale de Médecine et de Chirurgie de Londres une observation d'un sujet chez lequel, à la suite d'altérations tuberculeuses du poumon gauche, la pointe du cœur battait à la partie postérieure de l'aisselle de ce côté ; il avait donc la véritable inversion d'origine tuberculeuse.

3° Déplacement à droite. — C'est l'ectopie cardiaque rencontrée le plus fréquemment. Je l'ai observée maintes fois chez des tuberculeux en voie de guérison ou guéris et chez lesquels le tissu pulmonaire, se sclérosant, se rétracte et entraîne le cœur à droite, en arrière ou en bas. M. Ch. Garnier a rapporté une dextrocardie similaire observée chez un homme mort d'une pneumonie du lobe inférieur. " Chez notre malade, dit l'auteur, le cœur avait sa direction à peu près normale sauf une obliquité exagérée et tendant à se rapprocher de l'horizontale. Il est vrai que le déplacement était considérable, puisque la base arrivait au niveau du bord axillaire antérieur, et, comme il n'existait à gauche aucune cause capable d'abaisser suffisamment le diaphragme, le cœur, attiré à droite à la suite d'une sclérose ancienne qui avait complètement atrophié le poumon droit, avait pris point d'appui en glissant sur sa pointe et était venu se coucher sur la partie droite de la voûte diaphragmatique. La pointe, pendant ce mouvement, s'élevait le long du dôme musculo-aponévrotique, tandis que la plus grande partie du

bord droit descendait et que la base décrivait une courbe, entraînant avec elle les vaisseaux et augmentant consécutivement le rayon de courbure et la longueur de la crosse de l'aorte.

C'est presque toujours par pression que ce déplacement dextrogyre s'opère. Toutefois C. Paul rapporte une observation intéressante où il s'était opéré par traction. Consécutivement à une pleurésie et à la suite d'une rétraction pulmonaire par adhérences, le cœur avait subi un mouvement d'entraînement à droite qui avait rapproché sa pointe de 3 centim. du plan sagittal. Dans les cas de ce genre, au contraire de ce qui a lieu pour les déplacements par refoulement qui s'accompagnent d'une torsion sur l'axe vertical et d'une diminution de largeur du triangle cardiaque, celui-ci se présente avec ses dimensions normales mais seulement entraîné du côté des adhérences.

Gintrac a rapporté une autopsie où on trouva dans sa direction à peu près normale le cœur placé derrière les cartilages costaux droits. On trouva des altérations tuberculeuses dans les deux poumons mais plus accentués dans le poumon droit dont l'épaisseur était très réduite et dont le tissu était sclérosé et rétracté.

Quand le cœur se déplace vers la droite, on reconnaît facilement l'ectopie par la sonorité exagérée de la région sternal gauche et par un aplatissement de cette région. Souvent même à la percussion de la région sternale gauche, on perçoit une sonorité exagérée, du skodisme, qui provient de l'expansion du poumon gauche devenu emphysémateux. Le diagnostic peut donc se faire par la percussion, la palpation, l'inspection et surtout par l'auscultation du choc de la pointe du cœur. Il peut s'établir aussi par la radiographie qui rend compte de la place exacte occupée par l'organe cardiaque.

4° Déplacement en haut. — Diverses causes peuvent le provoquer. La hernie diaphragmatique, une tumeur abdominale, un épanchement d'ascite peuvent refouler le cœur jusqu'à la partie supérieure du troisième espace. L'estomac et le côlon se trouvent parfois remontés jusque dans la cavité thoracique. Dans certains cas de scoliose, le diaphragme, dont la courbure est redressée, donne au bord inférieur du cœur une direction horizontale. De même dans la paralysie du diaphragme, surtout après les repas, il y a refoulement en haut des viscères thoraciques.

C'est un mécanisme analogue qui se produit dans la dyspepsie flatulente et la dilatation de l'estomac. "La pointe du cœur bat sur l'estomac comme sur un tambour et donne lieu à des palpitations." Le diagnostic n'aura donc garde de s'égarer ; il s'agit dans ce refoulement du cœur en haut de dyspepsie flatulente ou de dilatation gastrique accompagnée souvent de phrénalgie.

5° Déplacement du cœur en arrière — Causé par un traumatisme ou par les maladies du médiastin antérieur, il peut être considéré comme très rare.

6e Déplacement du cœur suivant les axes. Torsion du cœur. — C'est le déplacement appelé trochocardie par Costa Alvarenga. Suivant l'axe vertical, les torsions proviennent généralement du côté gauche du thorax. Les épanchements gauches portent la pointe en avant, refoulent en arrière l'oreillette dans droite suivant le pivotement du cœur autour de son axe qui est la veine cave. Par suite de cette torsion le croisement des deux artères de la base est considérablement augmenté.

Le bord intérieur peut, dans certains cas, basculer sur l'axe transversal. Certains épanchements pleuraux, certaines pneumonies totales, les anévrysmes abaissent l'extrémité droite de ce bord, quelquefois de plus de deux centim. Il en résulte que ce bord reçoit une inclination inverse de son obliquité normale et que la pointe du cœur est remontée.

(à suivre)

Valeur clinique de l'épreuve du bleu de méthylène.

Par MM. REYNAUD et OLIVER.

En résumé, dans 343 observations, l'épreuve nous a donné des résultats constants dans trois ordres de faits différents :

1° Dans toutes les manifestations de la sclérose, (néphrite interstitielle, artério-sclérose, etc.) l'élimination du bleu est constamment retardée et prolongée. Il existe un trouble analogue dans la plupart des cas de néphrite diffuse chronique : l'inconstance des résultats peut s'expliquer par la fréquence de ces hypertrophies rénales compensatrices sur lesquelles a particulièrement insisté M. Chauffard et par ce fait que des reins profondément altérés dans leur ensemble peuvent présenter néanmoins quelques parties assez bien conservées (néphrites parcelleuses) ;

2° Dans les maladies du foie, lorsqu'il existe une altération organique ou fonctionnelle de la cellule hépatique, l'élimination du bleu procède par à-coups, offrant le type intermittent ou polycyclique ;

3° Dans les maladies infectieuses et les divers états morbides, l'épreuve du bleu (élimination massive et rapide ou dissociée ; apparition tardive et prolongée) renseignera utilement sur la valeur physiologique des reins. Elle révélera des altérations que l'absence d'albumine dans l'urine ne permet pas de soupçonner. Il en résultera des indications capitales pour le pronostic et le traitement.

A côté de ces nombreux faits positifs, le bleu de méthylène permet-il toujours de déceler s'il y a néphrite et quelle est l'espèce de néphrite ? Nos résultats dans les néphrites aiguës et subaiguës sont trop peu nombreux et trop variables pour que nous puissions en tirer une conclusion ferme ; nous n'avons observé que deux fois cette élimination précoce et rapide que MM. Bard et Bonnet attribuent à une perméabilité exagérée et qui leur a paru caractériser les néphrites aiguës et subaiguës : ce mode se présente trop souvent dans les divers états morbides et même chez les sujets sains pour qu'on puisse lui attribuer une importance prépondérante dans le diagnostic.

A tout prendre, cette épreuve du bleu de méthylène, si l'interprétation en est correcte, ne laisse pas que d'être une méthode assez sensible et le plus souvent suffisante d'exploration clinique de la perméabilité rénale.

(Marseille-médical).

CHIRURGIE

Diagnostic et traitement de l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale.

Par le docteur VANDENBOSSHE (de Versailles).

DIAGNOSTIC — Il n'existe pas de signe pathognomonique de l'hématocèle vaginale. Le diagnostic ne peut être posé en général que par élimination.

La matité complète de la tumeur et la perméabilité du canal inguinal correspondant permettent de rejeter les hernies. Il pouvait cependant y avoir hésitation chez une malade de Bourdon, où il y avait concomitance d'hématocèle d'un sac herniaire avec adhérences empêchant le liquide de refluer dans le péritoine. Le diagnostic devient aussi très difficile dans les hématocèles inflammées, qui peuvent donner tous les signes d'une hernie inguino-scrotale étranglée (*Arch. de méd. navale*, 1886).

L'hématocèle récente ne peut être confondue qu'avec une seule tumeur liquide : l'hydrocèle. La recherche de la transparence avec ponction exploratrice lèverait en général les difficultés du diagnostic. La compression n'est pas possible avec les kystes du

cordons. Dans l'hématocèle d'un kyste spermatique, qui est extrêmement rare, il suffirait de rechercher la position du testicule et la présence de spermatozoïdes dans le liquide.

Les hématocèles anciennes à fausse membrane épaisse, à consistance solide, sont très difficiles à différencier des tumeurs du testicule. Les symptômes qui leur sont le plus particuliers peuvent faire défaut et s'observer exceptionnellement en dehors d'elles.

Le diagnostic est d'ordinaire aisé d'avec les testicules tuberculeux ou syphilitiques tertiaires. Il n'en est plus ainsi quand ces lésions s'accompagnent d'hématocèle symptomatique. Il faut alors rechercher avec le plus grand soin : les localisations épididymaires, les noyaux en chapelet du canal déférent, les lésions de la prostate et des vésicules séminales, les phénomènes urinaires dans la tuberculose ; dans la syphilis, la bilatéralité fréquente, le testicule aplati en gale, dur comme du cartilage, les petites gommées à la surface de la vaginale et de l'albuginée ; s'il existe des fistules, leur siège, antérieur, et enfin l'influence du traitement permettront en général d'établir le diagnostic.

C'est avec les tumeurs malignes du testicule qu'on a le plus souvent confondu l'hématocèle ancienne, surtout quand elle a subi une poussée inflammatoire et se met à évoluer rapidement.

De nombreux cas ont été publiés d'hématocèle simulant un sarcome. Mais le sarcome est une tumeur lourde à la main, envahissant le cordon, les ganglions inguinaux et iliaques, cachectisant un malade déjà âgé et provoquant bientôt de vives douleurs. Gosselin a montré que cette tumeur s'accompagne d'une petite couche de liquide seulement à la partie antérieure : la fluctuation localisée à cet endroit permet d'assurer l'intégrité de la vaginale en ce point et d'affirmer que la lésion est due au testicule.

Le lymphadénome testiculaire est une tumeur rare, ordinairement bilatérale, et donnant lieu à une rapide généralisation.

Il est enfin une tumeur maligne du testicule très difficile à diagnostiquer d'avec une hématocèle ancienne : c'est l'enchondrome. Nombre de chirurgiens, dont Cruveilhier et B. Anger, ont fait la confusion.

Dans un cas que nous avons observé chez un homme de vingt-sept ans, la tumeur, de la grosseur du poing, datait d'environ une année. Elle avait eu le début et l'évolution de l'hématocèle, était uniformément dure et fluctuante. On ne sentait ni le testicule, ni l'épididyme. Les éléments du cordon, perçus seulement au niveau du canal inguinal, semblaient normaux.

Il existait, de part et d'autre du pli inguinal jusqu'à la racine des bourses, un épaississement œdémateux de la peau sous lequel on sentait des nodosités lisses, très dures, arrondies, occupant tout le triangle de Scarpa et semblant s'enfoncer profondément dans la fosse iliaque gauche. Il y avait, dans la région carotidienne droite, un petit ganglion de consistance cartilagineuse.

Le malade affirmant l'apparition successive de la tumeur des bourses et de celle de l'aîne, on admit la possibilité d'un enchondrome testiculaire, malgré l'issue à la ponction d'un peu de liquide brun chocolat. L'opération montra qu'on était en présence d'une hématocèle ancienne. Les masses " cartilagineuses " que l'on avait senties étaient probablement des fibromes de la paroi abdominale.

Les cas analogues ne sont pas rares ; devant ces diagnostics incertains, d'hématocèles anciennes, le chirurgien doit se tenir prêt à toute éventualité.

TRAITEMENT. — Le pronostic de l'hématocèle est sérieux. Diagnostiquer la maladie, c'est se décider à l'opérer. La chirurgie est actuellement en présence de cinq modes de traitement, ayant chacun leurs indications :

1° La ponction, suivie d'injection d'un liquide irritant (teinture d'iode).

C'est un procédé de temporisation tombé en désuétude, réservé

aux cas où l'hématocèle est récente, et la fausse membrane peu épaisse. Il comporte souvent la récurrence et expose aux complications inflammatoires. M. Rochard lui doit cependant un succès complet dans une hématocèle en bissac, très volumineuse, remontant à travers le canal inguinal jusqu'à l'ombilic.

2° L'incision.

Elle se fait sur la face antérieure de la tumeur, dont la cavité est évacuée. On lave avec une solution de sublimé ou de chlorure de zinc faible ; on curette, s'il y a lieu, et bourre à la gaze iodofornée. La cicatrisation se fait par bourgeonnement et suppuration des surfaces.

3° La décortication.

Dans les vieilles hématocèles, le curetage est insuffisant pour permettre l'accolement des deux faces de la vaginale. La décortication consiste, une fois l'incision faite, à détacher avec les doigts la fausse membrane de la séreuse " comme on sépare la membrane interne des gésiers de la volaille ". Gosselin, promoteur de la méthode, l'a défendue dans une lettre célèbre à Polaillon (1885), où il insiste sur ce point qu'il ne faut pas tenter la décortication sur le testicule ; on résèque la fausse membrane sur les limites de cet organe. Il reste deux surfaces très capables de contracter une inflammation adhésive.

Beaucoup d'auteurs rejettent la décortication comme une opération difficile à pratiquer et qui expose à de grands délabrements. L'anatomie physiologique montre, en effet, qu'à une période avancée de la maladie il y a pénétration de la séreuse, d'abord intacte, par les vaisseaux sanguins de la néo-membrane, qui forme bientôt avec elle un tout homogène. Dans ces conditions, le plan de clivage n'existe plus et la séparation semble difficile. Il reste, en tous cas, après l'opération, une surface cruentée qui expose aux hémorragies. Demarquay et Denonvilliers ont eu chacun deux cas de mort après cette opération.

La décortication est d'ailleurs impossible dans les vieilles hématocèles à dégénérescence calcaire ou cartilagineuse. L'excision seule est praticable alors.

4° L'excision.

Gosselin lui reproche d'exposer à des lésions de l'épididyme et du testicule, très difficile à reconnaître dans la paroi kystique. " L'opération, dit-il, offre tous les inconvénients de la castration et ne guérit point vite parce qu'elle laisse au fond de la plaie un testicule devenu inutile et dont la présence peut être la source d'accidents assez graves." Les lésions du testicule et de l'épididyme seront évitées si l'on opère avec prudence, en se repérant sans cesse avec le doigt et l'œil. Trélat, d'autre part, a montré que l'ablation de la vaginale n'entrave en rien la spermatogénèse : l'intégrité de la glande reste donc assurée aussi bien que dans la décortication.

Le procédé a, de plus, l'avantage de permettre une hémostase et d'être radical, puisqu'il ne laisse pas subsister de tissus altérés.

Le manuel opératoire peut être réglé comme il suit : après anesthésie générale ou locale, incision de 8 centimètres environ à la partie antérieure du scrotum et suivant le grand axe de la tumeur ; quittant le bistouri, on énuclée avec les doigts en protégeant bien le cordon ; une fois la tumeur isolée, on la vide par ponction antérieure. Reconnaisant alors le testicule et l'épididyme, on s'assure qu'il n'existe pas d'inversion, et, d'un coup de ciseaux, on fend la paroi jusqu'en bas. La position de la glande bien délimitée, on résèque la poche jusque sur sa périphérie en repérant sans cesse avec le doigt et l'œil le canal déférent et l'épididyme. Hémostase. Suture des parois ; on draine avec une mèche de gaze iodofornée, qui sera enlevé le sixième jour, et dont on pourra fermer l'orifice de sortie par un point de suture.

L'excision constitue donc un procédé bénin. C'est le traitement de choix dans les hématocèles anciennes. Nous l'avons vu

appliquer deux fois et donner en trois semaines une complète guérison.

5° La castration.

Ne doit intervenir qu'exceptionnellement, dans les cas où la tumeur enflammée est menaçante. Même quand l'atrophie de la glande est considérable, même chez les vieillards, l'excoision doit être préférée, non seulement parce qu'elle conserve le " testicule moral ", l'illusion consolante, mais parce qu'elle permet peut-être encore à ce qui reste de la glande d'exercer l'une de ses fonctions : la sécrétion interne.

(Gazette des hôpitaux).

Traitement électrolytique des angiomes.

Par M. J. BERGONIÉ (Bordeaux).

M. J. Bergonié a vérifié que, suivant l'opinion de Broca, nombre d'anévrysmes circoïdes ont pour origine un nævus ignoré, à plus forte raison les angiomes graves ou angiomes caverneux ont-ils la même origine.

Par un rapprochement entre l'angiome grave et l'anévrysme, M. Bergonié montre comment, dans l'électrolyse des angiomes graves, on peut éviter les accidents constatés à la suite de l'intervention électrolytique dans les anévrysmes. Si l'on n'a pas, dans les angiomes graves, l'effort constant de la pression sanguine s'attaquant dans les anévrysmes électrolysés au *locus minoris resistentiæ* que l'on a créé mécaniquement par la perforation de la poche, et pathologiquement par l'endartérite qui a été la suite de l'électrolyse, il n'en faut pas moins éviter avec soin toute diminution de la résistance des parois de l'angiome grave. Il y a, par conséquent, une différence considérable dans les deux techniques, l'une qui s'applique au nævus angiomateux ordinaire, l'autre à l'angiome grave. Contrairement à ce qui se passe pour le traitement de l'anévrysme, le traitement électrolytique de l'angiome grave donne les meilleurs résultats.

La méthode que recommande M. Bergonié est l'électrolyse bipolaire appliquée au moyen de deux aiguilles courtes et isolées assez loin dans l'intérieur de la poche. Il recommande aussi l'emploi d'un porte-aiguille spécial qui permet d'avoir de meilleurs contacts et de modifier à chaque instant l'orientation et la pénétration des aiguilles. L'intensité du courant doit atteindre 40 ma dans la plupart des cas ; lorsque la technique recommandée par l'auteur a été suivie, on ne doit aucunement craindre les hémorragies consécutives à l'extraction des aiguilles, hémorragies qui peuvent se faire par jet, dont il explique le mécanisme. Les dégagements gazeux pénétrant dans les veines que l'on peut observer pendant l'électrolyse n'ont jamais produit aucun accident.

En terminant, M. Bergonié recommande de ne pas éloigner trop les séances d'électrolyse dans l'angiome grave, sous peine de perdre dans l'intervalle, par la désagrégation des caillots et la pénétration de nouveaux lacs sanguins dans le tissu cicatriciel formé, une partie au moins du bénéfice des électrolyses précédentes.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Résultats éloignés de l'électrolyse de l'urèthre.

Par M. DESNOS (Paris).

Deux méthodes d'électrolyse ont été employées contre les rétrécissements de l'urèthre ; dans l'une, rapide, on emploie des courants d'une intensité plus ou moins grande et on se propose de franchir le rétrécissement en une séance de quelques minutes. Dans l'autre, au contraire, les intensités du courant sont très faibles ; mais les séances sont répétées à des intervalles éloignés et la durée du traitement est longue.

La méthode rapide peut amener la guérison d'une certaine catégorie de rétrécissements ; mais dès que ceux-ci présentent une induration réelle, une grande étendue, ou qu'ils sont multiples, il est nécessaire pour les vaincre d'employer des courants d'une intensité telle qu'elle offre des dangers pour l'avenir de l'urèthre.

Toute autre est la méthode lente dite de Newmann ; les résultats se maintiennent pendant très longtemps.

Après 10 ou 12 ans, M. Desnos a retrouvé des urèthres électrolysés par cette méthode sans récurrence et tapissés d'une muqueuse qui avait conservé son aspect normal. La longue durée de ce traitement paraît le principal obstacle à ce qu'il soit d'un usage plus répandu.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

OBSTÉTRIQUE

Influence de la syphilis post-conceptionnelle sur le placenta et le fœtus

D'une très intéressante étude faite dans le laboratoire du professeur Fochier, MM. Fabre et Patel tirent les conclusions suivantes :

Dans les cas de syphilis post-conceptionnelle, le placenta présente des lésions que l'on peut considérer comme spécifiques. Semblables à celles du placenta syphilitique, elles sont généralisées aux placentas maternel et fœtal et aux membranes. Leur intensité semble en rapport non pas avec l'ancienneté de l'époque de la contagion, mais avec la malignité même de l'infection.

L'enfant naissant dans de semblables conditions, quoique sain en apparence, devra être considéré comme syphilitique. Il sera confié à la mère toutes les fois qu'il sera possible ; il sera soumis au traitement spécifique. A ces seules conditions il pourra lutter, avec chances de succès, contre l'infection transmise par la mère.

(Arch. de médecine expérimentale et de physiologie — Lyon médical.)

GYNECOLOGIE

L'amputation du col utérin et accidents consécutifs.

Par M. PICHEVIN.

M. Jacobs a publié récemment dans le *Progrès médical de Bruxelles*, un intéressant article qui a été reproduit dans la *Semaine gynécologique*.

Le gynécologue bruxellois revient sur la question de l'amputation du col utérin exécutée d'après le procédé de Schröder. Il a tenu à apporter ses arguments dans la discussion ouverte par le professeur Pinard et qui a déjà eu ses échos dans ce journal.

Nous sommes heureux de constater que M. Jacobs n'a pas souscrit aux exigences exagérées qui ont été formulées par le professeur d'obstétrique et de gynécologie de la clinique Baudelocque. Sans doute, il a rendu hommage à la perspicacité du professeur Pinard et a proclamé la nécessité de tenir compte des observations et des objections qui ont été émises par le savant clinicien français dans différents articles et au cours de quelques séances de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris.

Mais il s'est demandé avec juste raison si la résection du col telle qu'elle a été préconisée par Schröder ne subissait pas des attaques injustifiées et comparables à celles dont avait été victime anciennement l'opération de Récamier.

Il s'est demandé si les accidents consécutifs à l'amputation du col et relevés soigneusement par M. Pinard n'étaient pas dus à d'autres causes qu'à l'opération elle-même.

Il a émis l'hypothèse suivante : les lésions glanduleuses et scléreuses du col qui nécessitent une autoplastie ne sont-elles pas la cause réelle des accidents observés pendant l'accouchement et mis généralement sur le compte de l'opération elle-même ? Les altérations scléro kystiques persistantes et contre lesquelles l'amputation du col est dirigée ne sont-elles pas susceptibles de produire soit des avortements, soit des troubles plus ou moins graves pendant l'accouchement ?

J'avoue que je ne me rallie pas entièrement à cette manière de voir. Je ne pense pas, en toute sincérité, que l'éversion et l'ectropion des lèvres du col, les altérations inflammatoires profondes du parenchyme cervical soient de nature à produire soit des avortements, soit les troubles signalés pendant l'accouchement (retard, présentations vicieuses, etc.)

Non, ce ne sont pas aux lésions cervicales, si profondes, si indélébiles qu'elles soient, qu'il faut imputer les méfaits consignés par M. Pinard dans maintes circonstances.

Je crois fermement, je l'ai déjà dit et je le répète avec conviction, que les faits signalés par le professeur de clinique, d'obstétrique et de gynécologie de Baudelocque sont sous la dépendance directe de l'opérateur. Ce n'est pas l'opération elle-même qui doit être attaquée, c'est le chirurgien qui, par une pratique défectueuse, par une technique détestable ou par des fautes contre l'antisepsie est la cause des accidents incriminés. Voilà la vérité et il faut avoir le courage de la proclamer.

Que le gynécologiste ait produit un tissu de cicatrice qui devient un obstacle à la dilatation, qu'il ait mal réuni sa plaie, qu'il ait permis à la suppuration de se produire, les résultats consécutifs ne lui sont ils pas imputables ? Ou s'il a exécuté une opération mal réglée, s'il a enlevée la plus grande partie des lèvres du col, sans respect pour la forme et la fonction, et s'il a transformé la portion vaginale de l'utérus en un moignon informe, dur et scléreux, est-on en droit de dire, en face d'accidents que nous connaissons, que l'autoplastie du col est une détestable opération ?

Que ceux qui ne connaissent pas l'amputation de Schröder veuillent bien l'étudier, afin de l'exécuter correctement. Mais en vérité on ne peut pas condamner cette intervention parce qu'elle est faite, sans règle précise, et même à contresens, pas plus qu'on aurait le droit de proscrire l'amputation de cuisse pratiquée par un chirurgien d'occasion qui, par sa faute, aurait amené la sortie de l'os à travers les tissus cicatrisés et mis l'opéré dans l'impossibilité de se servir de son moignon.

Bien faite, l'amputation de Schröder a donné, donne et donnera d'excellents résultats. Mal pratiquée elle sera la cause d'inconvénients multiples et même, je le veux bien, d'accidents divers. La conclusion qu'il faut tirer de là, c'est que M. Pinard a eu raison d'attirer l'attention des gynécologistes et des chirurgiens sur les méfaits de l'autoplastie du col exécutée suivant une technique défectueuse. D'où la nécessité de se conformer à des règles strictes pour pratiquer l'autoplastie du col, d'où la nécessité de ne pas considérer l'amputation de Schröder comme une opération quelconque, susceptible d'être entreprise par le dernier des apprentis chirurgiens. Serrer de près les indications et améliorer les techniques approximatives ou mieux se conformer à celle qui est bien connue, telle doit être la formule de ceux qui ne pensent qu'à l'intérêt bien compris des malades atteintes de lésions invétérées du col.

(La Semaine gynécologique.)

Modification de la technique opératoire pour l'enucléation des tumeurs des ligaments larges.

M. Petrov, recommande pour l'enucléation des tumeurs des ligaments larges le procédé suivant, qu'il a employé avec succès dans deux cas. Après énucléation de la tumeur de sa loge, opéra-

tion qui ne permet pas de conserver le feuillet postérieur très mince du ligament large, on fait une incision transversale dans le cul-de-sac, sur le doigt introduit dans le vagin. Puis on saisit le feuillet antérieur dans une longue ligature, on l'introduit dans le vagin à travers l'incision de l'espace de Douglas et on le suture dans le vagin avec le cul-de-sac au niveau de l'incision de ce dernier.

D'après M. Petrov, les avantages de ce procédé sont les suivants :

1° La surface de la plaie se recouvre par les tissus de la plaie même.

2° Le champ opératoire étant fermé par le péritoine intact, tous les organes mobiles sont garantis contre les adhérences.

3° La plaie abdominale est rapidement fermée.

4° La suppuration, si elle avait lieu, serait extrapéritonéale et accessible au traitement par le vagin.

5° L'opération ainsi modifiée est plus simple et plus rapide.

(Vratch. — Gaz. des hôp.)

Essai de transplantation d'ovaire humain.

A la suite de l'ablation ou de la destruction prématurée des ovaires, il est fréquent d'observer des troubles de diverses nature. C'est pour remédier à ces inconvénients, qu'on s'est efforcé au cours des opérations de laisser tout ce qu'il est possible de substance ovarienne, ou que l'on est conduit à traiter les opérées par différents extraits d'ovaires. Dans le *Medical News*, J. H. Glass donne la relation d'un essai de transplantation de l'ovaire sain d'une malade à une autre, qui aurait donné des résultats satisfaisants.

Une première malade, âgée de trente-neuf ans, avait dû subir deux ans auparavant une double castration, et depuis lors se plaignait de tous les troubles d'une ménopause anticipée : dépression mentale, vertiges, palpitations, bouffées de chaleur, perte de l'appétit sexuel, etc.

Une seconde malade, âgée de dix-sept ans, avait eu, consécutivement à un accouchement long et pénible, un sphacèle étendu du vagin qui n'avait laissé, après cicatrisation, qu'un canal étroit et rigide. Tout accouchement par les voies naturelles devenant impossible, la malade, en prévision d'une opération césarienne éventuelle, avait demandé à être mise dans l'impossibilité de concevoir à nouveau. On décida donc d'enlever un ovaire d'un côté et une trompe de l'autre.

Les deux malades consultées ayant consenti l'une à donner son ovaire et l'autre à le recevoir, l'opération fut pratiquée de la façon suivante : après anesthésie, l'ovaire de la deuxième malade est enlevé et recueilli provisoirement dans la gaze stérilisée et chaude. Après anesthésie également, on fait à la deuxième malade l'incision d'un cul-de-sac vaginal jusqu'au péritoine, autant que possible à la place ordinaire de l'ovaire ; l'ovaire fut mis en place, et l'incision fermée au catgut.

Guérison sans incident. Six jours après la transplantation de l'ovaire, l'instinct sexuel se réveillait ; quinze jours plus tard les règles apparurent et durèrent pendant deux jours. L'état général est excellent et l'opérée déclare se bien trouver.

(Gaz. des hôpitaux.)

PEDIATRIE

Traitement des affections gastro-intestinales aiguës des nourrissons.

Le docteur Gillet résume dans le *Journal des praticiens* ce chapitre de thérapeutique, si important en temps de chaleur.

Au point de vue de la *prophylaxie*, il faut recommander l'allaitement exclusif au sein. Si l'on a recours à l'allaitement artificiel, n'employez que du lait stérilisé en petites bouteilles pour une seule tétée.

Ne faire aucune tentative de sevrage en été. Se rappeler qu'il n'y a aucun inconvénient à augmenter l'intervalle des tétées et qu'il y a toujours du danger à les rapprocher. Chaque enfant doit avoir ses ustensiles et son trousseau particulier. Il faut en pratiquer l'asepsie la plus rigoureuse possible.

Traitement. — Avant toute médication, cessez toute alimentation et mettez l'enfant à la diète hydrique d'une façon rigoureuse en remplaçant la ration habituelle de lait par une quantité équivalente ou supérieure d'eau bouillie ou minérale légère, ou encore par du thé léger, de la décoction de riz, de l'eau albumineuse, de l'infusé de coing, le tout fraîchement préparé.

Contre les vomissements, l'acide chlorhydrique à 2 p. 1000, l'acide lactique à 2 p. 100, l'eau chloroformée saturée, administrés à doses répétées, donnent de bons résultats.

Le lavage de l'estomac au moyen d'une sonde urétrale en caoutchouc rouge (n° 26 filière Charrière), avec de l'eau bouillie ou additionnée de chlorure de sodium, de bicarbonate de soude, de borax, solution chaude ou froide, selon qu'il y a hypo- ou hyperthermie, peut être utilisé en dernier ressort.

Les astringents et les antiseptiques sont employés comme médication intestinale; le benzo naphtol à doses minimales et répétées de 1 gr. 50 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures, constitue un assez bon antiseptique.

En général, il est bon de faire précéder toute médication d'un purgatif, en particulier le calomel à la dose de 5 centigrammes, et 5 centigrammes de plus par année d'âge. Les opiacés peuvent être nuisibles.

L'abondance et la fétidité des selles indiquent l'emploi du lavage de l'intestin avec les mêmes solutions que pour le lavage de l'estomac.

Dans les cas graves, un *traitement général* s'impose.

Contre l'hyperthermie, les bains froids, de 27 à 28 degrés si l'enfant a plus de 39 degrés, et de 25 degrés ou même de 22 degrés si l'enfant a de 40 à 41 degrés. L'eau sera d'autant moins refroidie que l'enfant sera plus jeune. Durée de l'immersion, trois minutes en moyenne. On peut aussi employer le drap mouillé. L'hypothermie nécessite les bains chauds, l'enveloppement ouaté, les frictions, etc.

Contre l'adynamie, les excitants, la liqueur ammoniacale anisée, le champagne, les grogs, le thé, le café. Les injections sous-cutanées de caféine, suivant la formule :

Caféine.....	1 gr. 25.
Benzoate de soude.....	1 gr. 50.
Eau distillée stérilisée et chaude...	10 grammes.

par quart de seringue jusqu'à un an, par demi-seringue ensuite et répéter trois ou quatre fois dans la journée. Injecter profondément dans les muscles.

On peut encore employer l'éther, les injections sous-cutanées d'eau salée à 7 et même 10 grammes pour 1000.

Traitement des complications. — Rien de spécial. Les complications pulmonaires se traitent comme en toute autre occasion. Surveiller la peau et les petits abcès possibles.

Traitement de la convalescence. — Retour progressif à l'allaitement. Hygiène alimentaire sévère. Maintien d'une ceinture de flanelle.

Bains salés, frictions excitantes.

Quand il existe de la parésie intestinale, donner :

Teinture de noix vomique.....	5 grammes.
Teinture d'ipéca.....	20 centigr.

Une demie à 1 goutte, deux ou trois fois par jour, dans un peu d'eau; augmenter petit à petit jusqu'à II ou III gouttes. En plus, massage abdominal et petits lavements froids qui ont l'effet d'une douche.

On peut également donner de la pancréatine, de la maltine. Enfin, le traitement sera bien complété en cas d'anémie par une cure d'air ou une cure thermale dans une station d'eaux chlorurées sodiques.

(Gazette des hôpitaux).

Sur la digestion artificielle du lait.

Par le professeur JEMMA.

Certains médecins hésitent encore à prescrire le lait stérilisé, parce qu'il ne leur paraît pas suffisamment démontré qu'il ait une valeur nutritive égale à celle du lait cru. M. Jemma s'est proposé de résoudre expérimentalement ce problème: voici qu'elles ont été ses conclusions:

1° Sous l'action de la pepsine et de l'acide chlorhydrique, le lait cru se digère un peu plus rapidement que le lait stérilisé.

2° La digestion sous l'action de la pancréatine est beaucoup plus rapide pour le lait stérilisé que pour le lait cru.

3° La digestion par le labferment, la pepsine et l'acide chlorhydrique est plus rapide dans la première heure de la digestion avec le lait stérilisé, qui fournit de plus, par la digestion longtemps prolongée, une quantité de peptones plus considérable que le lait cru.

4° Le lait stérilisé soumis à l'action du labferment et de la pancréatine est digéré beaucoup plus rapidement que le lait cru.

5° L'action successive des divers ferments, comme dans la digestion naturelle, est plus favorable sur le lait stérilisé que sur le lait cru.

Enfin, l'auteur est arrivé à formuler ces deux propositions:

Le lait, stérilisé par la chaleur, ne perd rien de ses qualités digestibles, qui restent supérieures à celles du lait cru.

Le lait stérilisé et dilué avec de l'eau lactosée à 10 p. 100, se digère plus facilement que le lait stérilisé pur.

(La Clin. méd. ital. — Gaz. des hôp.)

THERAPEUTIQUE

Traitement des dyspepsies hyper- et hypochlorhydriques.

Par M. le Dr. LEMOINE.

(Suite)

2° *Traitement de l'hyperchlorhydrie.* — Rappelons rapidement les formes cliniques de l'hyperchlorhydrie, chacune exigeant un traitement spécial.

I. — Dans le type paroxystique, nous avons affaire à une douleur vive, ayant pour siège le creux épigastrique; il existe à la fois de l'hypersecretion acide et de la congestion hépatique. Etant donné l'intensité de la souffrance, il faut d'abord s'adresser uniquement à elle: on fera immédiatement une injection de $\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$ de centigramme de chlorhydrate de morphine, qu'on répétera plusieurs fois s'il le faut. Sitôt l'accès terminé ou au cours de celui-ci, si l'estomac peut tolérer des boissons, on donnera dans un peu d'eau du bicarbonate de soude, à la dose de 1 cuillerée à soupe, soit 15 grammes, ou tous les quarts d'heure 1 cuillerée à café. Ce traitement fera disparaître toute douleur.

Une fois l'accès passé, on se souviendra que le sujet est un dyspeptique congestif, et on instituera un traitement approprié. L'eau

de Vichy chaude, celle de la source de la Grande-Grille particulièrement, sera prise à la dose de 1 verre à bière tous les jours, à l'heure de l'accès. Si ceci ne suffit pas à prévenir la douleur, on adjoindra du bicarbonate de soude. Ce traitement devra durer pendant 15 jours, et être repris tous les mois pendant 10 jours environ.

II. — Dans la forme classique de l'hyperchlorhydrie, où l'on observe des accès répétés à l'heure fixe 2 ou 3 fois par jour, il faudra s'efforcer de remplir les indications suivantes :

1° Alcaliniser ou tout au moins neutraliser le suc gastrique qui est trop acide ;

2° Lutter contre les fermentations qui peuvent s'opérer, et combattre la tendance à la dilatation d'estomac et aux troubles intestinaux ;

3° Soigner l'état général, car il faut se souvenir que le sujet est un nerveux, et en même temps régler les fonctions des nerfs qui président à la sécrétion du suc gastrique.

1° Pour alcaliniser le suc gastrique, le moyen le plus simple, le plus généralement employé, est l'absorption du bicarbonate de soude à haute dose. Ce médicament peut donner de bons résultats, même s'il est employé seul. Le malade le prendra non aux heures où il souffre, mais $\frac{1}{2}$ heure environ avant l'heure où paraît habituellement le malaise. On peut donner 1 cuillerée à café bien pleine de cette poudre, soit 4 grammes environ, vers 10 h. $\frac{1}{2}$, et vers 4 h. $\frac{1}{2}$. Pour éviter la douleur nocturne, le malade en absorbera encore la même quantité en se couchant. Il aura donc pris dans la journée 12 grammes environ de bicarbonate de soude. En même temps on fera prendre chaque fois un verre d'eau de Vichy tiède.

Si cette médication ne suffit pas à empêcher les malaises, on doublera la dose du matin et de l'après-midi, faisant prendre, par exemple, 1 cuillerée à 10 heures, et 1 cuillerée à 10 $\frac{1}{2}$, puis 1 à 4 heures, et 1 à 4 h. $\frac{1}{2}$. Avec la quantité prise le soir, le malade prendra donc 20 grammes de bicarbonate de soude par jour, ce qui peut se faire quelque temps sans inconvénient.

2° Il y a une seconde indication à remplir dans le traitement de l'hyperchlorhydrie : c'est faire disparaître les fermentations stomacales et intestinales. Les lavages de l'estomac seront ici employés avec succès, car, par ce moyen, on enlèvera l'acide qui se trouve en excès dans la cavité de l'organe, et de ce fait on supprimera la diarrhée muqueuse ou muco-membraneuse due à l'action du suc gastrique, acide qui irrite la muqueuse intestinale.

Si les symptômes intestinaux sont peu accentués, le salicylate de bismuth et les phosphates, particulièrement le phosphate de chaux, produiront un excellent résultat. On pourra donc prescrire les cachets suivants :

Magnésie.....	0 gr. 30
Salicylate de bismuth.....	0 gr. 50
Phosphate de chaux.....	0 gr. 50
Poudre de feuilles de belladone.....	0 gr. 01

La diarrhée cédera rapidement avec ce traitement.

3° La troisième indication à remplir est de soigner l'état nerveux. Deux choses sont particulièrement à conseiller : l'hydrothérapie froide, et le repos aussi absolu que possible. Le malade ne devra pas bouger après ses repas, car tout mouvement brusque réveillerait ses douleurs. Il ne devra pas non plus, pendant la digestion, se livrer à un travail intellectuel quelconque.

III. — Lorsque l'on a affaire à l'hyperchlorhydrie continue, à la maladie de Reichmann, il faut agir d'une façon très énergique. Ici, il faut proscrire le bicarbonate de soude, qui, nous l'avons vu, provoque à la longue de l'hyperacidité du suc gastrique.

Il faut multiplier autant qu'il est utile les cachets à base de

magnésie et de salicylate de bismuth, et en faire prendre surtout au début de la nuit, afin d'éviter les crises nocturnes si fréquentes et si douloureuses. Ici, les lavages de l'estomac sont particulièrement indiqués : on les pratiquera dans le but d'extraire le suc trop acide qui peu à peu ronge la muqueuse et peut devenir la cause d'un ulcère rond. Ils devront être faits journellement avec de l'eau de Vichy faible (source Célestins). L'action thérapeutique de ces lavages est plus grande encore que celle des médicaments.

Depuis quelque temps, Doyen de Reims, a préconisé une opération chirurgicale, qui consiste à aboucher l'estomac dans une anse de l'intestin grêle : c'est la gastro-entérostomie. Les sécrétions acides passent alors directement de l'estomac dans le jejunum, sans être arrêtées par la valvule pylorique.

Il reste une question sur laquelle on ne manquera pas de demander notre avis : c'est celle du régime alimentaire. Il faut dans tous les cas donner un régime simple et facile à suivre.

Dans l'hyperchlorhydrie, il faut conseiller le suivant :

En général, ne pas prendre de lait, les malades le digèrent mal. Le matin donner deux œufs à la coque avec un peu de thé chaud. Vers 10 h. $\frac{1}{2}$, comme il faut occuper cet estomac trop actif, il prendra un ou deux biscuits secs, avec un verre d'eau de Vichy tiède, en même temps qu'un cachet alcalin. A midi, il fera un bon repas, avec de la viande rouge, bœuf ou mouton, très peu cuite, des légumes verts très cuits, un peu de fromage et des fruits cuits. Il faut éviter les légumes acides tels que l'oseille ; quant aux fruits crus, le seul qui sera permis sera le raisin. Vers 4 heures, le malade goûtera avec des gâteaux secs et du thé, et il prendra en même temps son cachet de poudre alcaline. Il fera le soir un repas analogue à celui du midi, et, avant de se coucher, il prendra un dernier cachet, toujours avec un verre d'eau de Vichy tiède.

Quand au boissons à prendre pendant le repas il faut interdire formellement la bière et le vin pur et conseiller surtout l'eau chaude, et, si elle n'est pas acceptée, l'infusion de thé ou de tilleul. Dans les cas légers, l'usage du vin blanc sec, coupé d'eau de Pougues ou de Contrexéville. La nuit, si le malade se réveille, prendre un morceau de chocolat ou un biscuit.

Dans la maladie de Reichmann, le malade ne pouvant presque rien manger, doit prendre du lait, 2 ou 3 litres par jour, et du bouillon de viande, de la peptone, de la viande crue hachée ; somme toute, le régime lacté avec le plus de viande possible : il faut que l'estomac utilise son suc trop acide.

Dans l'hypochlorhydrie, on donnera le lait en grande quantité. Le matin, le malade prendra du lait ou du chocolat. Il y joindra un œuf. Vers 10 heures, il prendra encore un œuf. A midi, il mangera de la viande peu cuite, des légumes verts très cuits, un œuf ou deux. Vers 4 heures, il prendra encore un œuf, et le soir, il fera un repas analogue à celui de midi. Ici, on cherche à ne donner que des aliments qui ne demandent que très peu d'acide pour être digérés.

Telles sont, rapidement décrites, les indications thérapeutiques, qu'il faut remplir chez les malades atteints de dyspepsie hypo- ou hyperchlorhydrique.

(Gaz. hebdo. méd. et chir.)

Maladies vénériennes

Les causes de la mort par syphilis.

Par le docteur A. BAYET.

(Congrès international des médecins d'assurances).

La syphilis peut tuer de toutes manières, à toutes les périodes

de son évolution. Pour des raisons faciles à comprendre, nous éliminerons de notre sujet les syphilis graves dès le début ; telles sont les syphilis malignes à tertiarisme précoce, les syphilis avec complications viscérales sérieuses au cours de la période secondaire (néphrites, atrophie jaune aiguë du foie).

Le danger principal de la syphilis résulte :

- 1° Du tertiarisme ;
- 2° Des affections parasymphilitiques.

Système nerveux. — De toutes les lésions graves de la syphilis, ce sont celles qui affectent le système nerveux central qui sont les plus redoutables et par leur fréquence relative et par leur gravité. Une statistique de Fournier donne 38 p. 100 de lésions nerveuses pour 100 cas d'affections tertiaires ; elle est d'autant plus importante qu'elle est prise, non dans un milieu hospitalier, mais dans la clientèle privée, c'est-à-dire dans la classe sociale avec laquelle le médecin d'assurances aura le plus souvent affaire. Certes, il y a certaines réserves à faire avant d'accepter un chiffre aussi élevé, car la plupart des auteurs ne sont pas arrivés à un tel pourcentage ; mais tous reconnaissent unanimement que la syphilis est un véritable poison du système nerveux et ne discutent que sur le chiffre relatif des affections nerveuses, tout en reconnaissant leur extrême fréquence.

Parmi les affections du système nerveux les plus fréquentes et les plus graves, il faut citer le tabes dorsal, la syphilis cérébrale, la démence paralytique, les diverses myélites et méningo-myélites.

Le pronostic des affections syphilitiques du système nerveux est peu favorable dans l'ensemble. Si, comme on l'a dit, c'est un bonheur, pour un malade atteint d'une affection grave du système nerveux, d'avoir eu la syphilis, il n'en est pas moins vrai que dans bien des cas l'issue en est fatale. D'après Fournier, dans la syphilis cérébrale, demi-revers ou revers complets en nombre quelque peu supérieur à celui des guérisons ; dans la syphilis médullaire, proportion des échecs bien supérieure à celles des succès ; dans le tabes, quelques guérisons très clairsemées, extraordinaires ; dans la démence paralytique, autant d'insuccès que de cas. Pour la syphilis du cerveau, la statistique de Rumpf est concordante. On doit donc admettre que la syphilis du cerveau est une maladie des plus graves, puisqu'elle compte 15 pour 100 de cas mortels. Encore est-il rare que les malades aient été suivis un nombre d'années suffisant pour qu'on soit en droit d'affirmer que la guérison se soit maintenue dans tous les cas. Pour les syphiloses médullaires, Gilbert et Lion indiquent 30 p. 100 de morts pour 26 p. 100 de guérisons ; Rumpf, 15 p. 100 de mortalité ; Sottas, sur 23 cas, observe 9 morts et 1 guérison.

Appareil locomoteur. — Les lésions syphilitiques de l'appareil locomoteur ne sont que bien rarement une cause de mort ; elles ne le deviennent que dans des cas très spéciaux, quand, par exemple, une exostose des os du crâne ou des vertèbres détermine une compression du cerveau ou de la moëlle, quand les mutilations de la voûte palatine et du nez atteignent un degré tel que la nutrition du malade en est entravée ; mais ces cas sont exceptionnels.

Appareil respiratoire. — Deux ordres de lésions syphilitiques peuvent devenir un danger pour l'existence : celles des voies supérieures (larynx et trachée), celles du poumon lui-même. Les premières doivent leur gravité aux symptômes de sténose qu'elles produisent, soit par la formation de brides cicatricielles, soit par rétraction fibreuse des néoplasmes spécifiques. Les affections syphilitiques trachéo-bronchiques sont plus rares, mais plus graves que celles du larynx, car la ressource dernière des rétrécissements syphilitiques des voies supérieures, la trachéotomie, est sans action sur l'atrésie bronchique.

En somme, les accidents mortels survenant du fait de syphiloses laryngées ou trachéo-bronchiques sont très rares, comparés au nombre total des syphilis.

Il en est de même des syphilis pulmonaires qui sont, pourrait-on dire, des curiosités cliniques.

Appareil digestif. — Parmi les affections syphilitiques de l'appareil digestif, celles du foie tiennent la première place comme fréquence et comme gravité ; elles se traduisent sous deux formes : tantôt comme infiltration diffuse avec rétraction consécutive (hépatite interstitielle), et tantôt comme gomme. De ces deux formes, la première est la plus sérieuse ; le début en est insidieux et la plupart du temps, quand elle se révèle, c'est au moment où, la période atrophique débutant, on se trouve à peu près désarmé contre elle. De toutes les causes prédisposantes, c'est l'alcool la plus puissante. Il est extrêmement fréquent d'observer la combinaison de ces deux facteurs étiologiques dans la cirrhose. Comme le dit Mauriac, le foie est le champ de prédilection pour les méfaits réunis ou séparés du syphilisme et de l'alcoolisme.

La syphilis du foie, tout en restant beaucoup moins fréquente que celle des centres nerveux, paraît être la plus importante des autres ulcérations viscérales de la maladie.

Je mentionnerai, pour être complet, le rétrécissement syphilitique du rectum, dont les conséquences peuvent être sérieuses, mais qui est d'une excessive rareté.

Appareil génito-urinaire. — Les localisations rénales de la syphilis ont seules de l'importance. Elles sont relativement rares et n'occupent, comme fréquence, parmi les déterminations viscérales de la maladie, que le cinquième ou le sixième rang. Elles se manifestent surtout sous forme de cirrhoses rénales avec le pronostic de ces affections.

Appareil circulatoire. — a) CŒUR. Très souvent les altérations constatées sont des découvertes d'autopsie. Elles paraissent très rares et consistent surtout en myocardites interstitielles et en gomme du myocarde.

b) ARTÈRES. La syphilis est une cause puissante d'artériosclérose avec toutes les conséquences de celle-ci. Il est malheureusement impossible de fixer le degré de fréquence de ces artérioscléroses spécifiques, car, d'une part, elles échappent souvent à l'attention du malade et, d'autre part, il est difficile de trouver quel est le véritable facteur étiologique, d'autres éléments intervenant presque toujours (hérédité, alcoolisme, arthritisme, etc.).

Les relations qui unissent les anévrismes et la syphilis sont des plus intéressantes. Le professeur Etienne (de Nancy), dans un travail très documenté, analysant 240 observations d'anévrisme, trouve 69 % d'antécédents syphilitiques, soit un peu plus des deux tiers. Il paraît difficile d'échapper à l'idée que la syphilis joue dans la pathogénie de l'anévrisme un certain rôle étiologique. Dans quelle proportion l'anévrisme survient-il chez les syphilitiques ? A cela, aucune réponse possible. Quant à la chronologie de l'apparition de l'anévrisme relativement à la date de l'infection, on sait qu'ils sont très rares pendant les cinq premières années, très rares aussi après la vingt-cinquième.

En résumé, on voit que de toutes les affections mortelles pouvant dériver de la syphilis, les lésions nerveuses tiennent le premier rang, et de loin ; les lésions syphilitiques des appareils respiratoire, uro-génital, locomoteur, sont relativement négligeables, si on les compare au nombre total des syphilitiques. Entre ces deux extrêmes se placent les lésions du tube digestif, peut-être aussi celles de l'appareil circulatoire. Mais, malgré leur fréquence relative, elles viennent bien loin après les affections nerveuses dans le bilan de la mortalité.

(La France méd.)

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Coq-à-l'âne médicaux.....	225
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Les ectopies cardiaques, par M. le docteur S. Bernheim (suite). — Urines purulentes et tuberculose. — Un signe nouveau pour le diagnostic de la tuberculose, par le Dr. Murat. — La respiration de Cheyne-Stokes, pendant le sommeil comme signe précoce de néphrite interstitielle, par M. Ch. O'Donovan	226
CHIRURGIE : Limites de la dilatation dans le traitement des rétrécissements urétraux, par M. Guiard. — De la néphrolithotomie, par M. Tuffier. — Cure radicale des hernies volumineuses, par M. Monpetit, d Anger.	228
OBSTÉTRIQUE : La peau des femmes enceintes et atteintes d'affections génitales, par M. H. W. Freund, de Strasbourg. — La péricystite au cours des suites de couches.....	230
PÉDIATRIE : Albuminurie intermittente des adolescents. — L'urétrite gonorrhéique des petits garçons, par G. Bogdan et V. Imerwall, de Jassy.....	230
THÉRAPEUTIQUE : Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par les injections de liquide pleurétique, par Mongour et Gentes, de Bordeaux. — Sur la composition et la valeur des principaux fruits, par M. Balland.....	231
MALADIES NERVEUSES : La responsabilité des épileptiques en justice, par L. de Moor. — Conditions biologiques des familles des épileptiques, par G. Béchet. Sur un phénomène pupillaire non déorit, par Westphal. — Recherches sur l'analgésie du cubital (signe de Biernacki) chez les aliénés, par Kéval et Laurent. — Les mélancoliques (étude clinique), par Alex. Athanassiou, de Bucharest.....	231
NOUVELLES.....	232

Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

Hémorragie rénale. — Ordinairement l'hémorragie due à un néoplasme débute spontanément, n'est pas accompagnée de douleur. n'est guère influencée par le mouvement ou le repos et cesse soudainement sans cause appréciable. Quelquefois l'exercice, cependant, peut la provoquer et le repos la fait cesser. Le plus souvent elle est plus abondante que lorsqu'elle est produite par un calcul, et il se forme des caillots dans la vessie. Sa durée et les intervalles entre les pertes sont irrégulières. (Otis, in *Med. Rec.*)

Hallucinations érotiques de la ménopause. — Le docteur A. Leuf, dit que l'extrait fluide de cimicifuga agit à merveille dans ces cas ; on peut y ajouter de l'extrait ovarique.

Fausse douleur de l'accouchement. — Sont très souvent causées par un intestin chargé : — bain chaud pendant dix ou vingt minutes et un grand lavement. (*Denver Med. J.*)

Vomissements des tuberculeux. — L'eau oxygénée, 1 cuillerée à soupe par litre d'eau, mélangée à du lait ou à du vin, donnerait d'excellents résultats. (*Progressive Med.*)

Ulcère de la cornée. — Travis (*Med. Herald*) recommande une solution à 30 % d'ichtyol comme une bonne application.

Snakes. — Il y a quelques semaines, le docteur Kelly, de Baltimore, le gynécologue, a donné au John Hopkins Medical Society une conférence des plus intéressantes, *pièces en mains*. Il s'agissait de distinguer entre eux les différents serpents venimeux et inoffensifs du pays. Le conférencier se fit apporter dans des sacs en toile un certain nombre de ces "bebittes", et tout en crayonnant au tableau noir, avec son sang-froid ordinaire, il tenait à la main un magnifique serpent à sonnettes, muni d'une douzaine d'anneaux ! Brrr ! Brrr !

Il caressa ainsi plusieurs espèces devant son auditoire. On ne dit pas s'il y avait des femmes — dans tous les cas : "Kelly has seen snakes !"

Les docteurs Osler et Kelly, de Baltimore, ont été élus membres honoraires de l'académie royale d'Irlande. No Malaria ! No Snakes !

Péritonite aiguë. De l'intervention chirurgicale. — Tietz, de Léna, conseille d'intervenir chaque fois qu'il semble y avoir une exsudation ; aussi lorsqu'il y a perforation, que la péritonite est traumatique ou post-opératoire, qu'il y ait exsudation ou non. Il trouve l'opération contre-indiquée dans la péritonite diffuse, avancée ; aussi dans la péritonite sèche diffuse ; et encore lorsque l'infection générale est trop intense. L'auteur draine avec des mèches de gaze et ne lave jamais la cavité.

La température chez les vieillards. — Chelmonski nous rappelle que la température chez les personnes âgées est un peu au-dessous de la normale et que la courbe est renversée, la température du matin étant plus élevée que celle du soir. (*N. Y. M. J.*)

Catarrhe oculaire muco-purulent. — Guttmann obtient d'excellents résultats en employant une solution de sublimé 3 pour 1000, dont il instille six ou dix gouttes dans le cul-de-sac inférieur, évitant la cornée. Agit aussi très bien dans le trachôme et la dacryosystite chronique gonorrhéale. Il y a un peu de cuisson pendant environ une heure. (*Deut. M. W.*)

La crèche de la Maternité. — On nous dit que monsieur le docteur Séverin Lachapelle, professeur de pédiatrie à l'Université, aurait été nommé, par la Faculté, médecin clinicien ou directeur à la crèche, en remplacement des docteurs Cormier et Dubé, démissionnaires. Alma parens !

Hémorragie post-partum. — Pour distinguer entre une perte venant du corps de l'utérus et une provenant du col, le docteur Lattimore nous rappelle le fait que lorsque le corps utérin se contracte le col se relâche et vice versa. Si donc l'écoulement persiste lorsque le corps est bien contracté, nous pouvons être certains que l'hémorragie origine du col. Dans ce cas il cessera habituellement par l'application d'un bon tampon serré sur la vulve. La cause la plus fréquente d'hémorragie du corps, c'est l'inertie ; l'indication est d'enlever les caillots, de faire des frictions sur le globe utérin et de donner, au besoin, une douche intra-utérine d'acide acétique à 2 % et à 120° F. (*Georgia J. M.*)

Eczéma chronique des mains. — Faire un badigeonnage tous les soirs avec iode, 1 partie, iodure de potassium, 2½ parties, glycérine, 120 parties. Envelopper les mains dans de la charpie. On peut appliquer de l'onguent boriqué le matin. Une guérison survient en deux semaines d'après Edlfsen. (*Cleveland M. Gaz.*)

Athrepsie. — Muggia, de Turin, conseille les injections hypodermiques avec du jaune d'œuf. Les œufs frais sont soigneusement lavés et le jaune reçu dans un verre stérile ; on les pèse et on les mélange avec un tiers de leurs poids de sérum artificiel. On mélange soigneusement et on filtre sur une gaze stérile. On débute par une injection de 1 cc., augmentant graduellement jusqu'à 10 cc. ; on doit faire au moins vingt injections de 5 cc. chacune. (*Revue mal. de l'enf.*)

Prurit sénile. — Parisot conseille une purgation, un régime lacté et deux grains de benzonaphtol par jour. (*Med. Rec.*)

Les amygdales comme porte d'entrée de l'infection. — Ce sujet a été l'objet d'une discussion bien pratique à la N. Y. County Medical Association, sollicitée par un travail du docteur Mayer. Il n'y a pas à l'oublier, en cherchant bien, on trouve grand nombre d'états infectieux dont les agents pathogènes ont pénétré par les amygdales. A cette séance on en rapporte plusieurs : le docteur Packard, de Philadelphie, cite cinq cas d'endocardite. Comme point pratique le praticien néglige beaucoup trop l'examen de la gorge ; il devrait dans tous cas fébriles, surtout chez l'enfant, y regarder. Toute inflammation ou irritation locale devra être subjuguée : froid autour du cou, badigeonnages antiseptiques, gargarismes, salol, salicylates, etc., dès le début.

Taches de sang. — Les chirurgiens pourront enlever facilement les taches de sang sur leurs habits au moyen de peroxyde d'hydrogène pur.

Aie, ho ! la ! la ! ça fait-y mal un croque-en-jambe... à la noirceur ? On dit que certains nouveaux assistants auraient un état... nauséux... bien légitime, quoique précoce ! Mais comme disait Pajot : " Ça n'arrive que la première fois, paraît-il ; consolez-vous ! " J'ajouterais volontiers : " C'est désagréable ; c'est même *stèvre, hein !* " On s'y fait, mes amis : *Faciendo..... !* Mais, tout de même, trousse de l'air ! ça... ouais ! Et tout ça pour une question... d'enfantillage ! *Sic vos, non vobis*, et ajouterait-on, en esprit d'imitation : *Sacrificiando fit... anser !* — la devise future des agrégés — non, pardon — ensemble — des *agregationes !* Et on ajoutera : *Me in gregem vestrum recipite ! !* Ironie ! Et nous ne cesserons..... de prier ! ! Hypocrisie ! !

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Les ectopies cardiaques.

Par M. le docteur S. BERNHEIM.

(Suite)

C. Déplacements du cœur dans les épanchements pleurétiques. — Il y a lieu de les examiner successivement dans les épanchements gauches, droits et doubles.

1° Dans les épanchements gauches. — M. G. Carrière, de Lille, contrôlant les données de la percussion et de l'auscultation par la phonendoscopie et la radioscopie, sur 20 cas de pleurésie gauche avec épanchement, reproduisant, d'autre part, expérimentalement sur 24 cadavres la lésion par injection d'eau dans la cavité pleurale, croit pouvoir formuler les conclusions suivantes :

a) Les déplacements du cœur sont presque la règle dans les épanchements gauches ; b) quand l'épanchement est de moins d'un litre, mais de plus de 700 grammes, la pointe du cœur reste à peu près dans sa position normale. Dans la position verticale seulement, ou dans le décubitus latéral droit, la pointe du cœur s'abaisse de 2 à 4 centimètres et se rapproche de la ligne médiane ; c) quand

l'épanchement est de 3 litres, le cœur est déplacé de telle sorte que son grand axe tend à devenir vertical ; la pointe s'abaisse et se rapproche de la ligne médiane ; quand l'épanchement est de 2 litres 500, elle se trouve au voisinage immédiat de l'appendice xiphoïde ; d) dans les épanchements gauches de plus de 3 litres, le cœur est refoulé en masse avec la cloison médiastine vers la droite, mais il reste vertical et sa pointe reste dans le voisinage du xiphoïde ; e) jamais on observe la torsion du cœur, contrairement à ce qu'on écrit dans les livres classiques. La pointe ne bat pas à droite du sternum.

Et l'auteur, prouvant cette dernière assertion, déclare que jamais anatomiquement on n'a constaté cette torsion, que cliniquement, quand on croit ausculter le cœur à droite, ce qu'on entend, ce n'est point la pointe du cœur, mais l'oreillette droite ou l'aorte refoulée ; que l'examen radioscopique n'a jamais révélé cette torsion ; que, expérimentalement sur le cadavre, quelque épanchement qu'on produise, on ne l'observe pas d'avantage ; qu'elle serait incompatible avec la vie par suite de l'obstruction presque fatale qu'elle entraînerait dans les gros vaisseaux ; qu'en fait, elle est impossible par suite de l'égalité de tension de deux feuillets du péricarde sous l'influence de l'épanchement, tension qui s'oppose à la torsion du cœur.

2° Déplacement dans les épanchements droits. — M. G. Carrière, poursuivant ses recherches, pose encore des conclusions que nous croyons absolument exactes : a) dans les épanchements pleurétiques droits de moins de un litre, il n'y a pas de déplacement cardiaque. S'il est voisin d'un litre, on note cependant que dans le décubitus latéral gauche et dans la station verticale, la pointe est repoussée de 2 à 4 centim. vers la gauche ; b) quand l'épanchement est de 1 à 3 litres, la pointe du cœur est refoulée vers la gauche de 3 à 8 centim. ; c) quand l'épanchement excède 3 litres, le déplacement n'excède guère 10 centim.

3° Épanchements doubles. — Ces épanchements abaissent le cœur en masse et tendent à redresser son axe. Le déplacement a lieu dans le sens de l'épanchement le moins abondant. Ces épanchements ne sont pas sans retentir sur le fonctionnement du cœur. Ceux du côté droit ont peu d'influence. Dans les épanchements gauches abondants, on peut noter de l'arythmie et souvent même l'arrêt du cœur. Si le malade est debout, assis ou couché sur le côté droit, la systole est pénible et lente.

Ces épanchements abondants s'accompagnent d'un dicrotisme exagéré, même de polycrotisme, surtout si l'on fait changer de position au malade. La fréquence des pulsations n'est pas modifiée. Par contre la tension artérielle est augmentée sans pour cela qu'il y ait proportionnalité entre la valeur de cette hypertension et l'abondance de l'épanchement.

Telles sont les principales modifications de place du cœur.

Au point de vue du pronostic, que comportent ces diverses ectopies cardiaques, on peut dire d'une façon générale :

1° Que l'ectopie congénitale est peut-être incompatible avec la vie.

2° Que le déplacement intrathoracique (congénital ou pathologique) n'entraîne aucune perturbation lorsqu'il est peu accentué ; au contraire, lorsqu'il est considérable, il détermine des troubles de pression vasculaires qui ne permettent pas une survie plus longue.

3° Que l'ectopie extrathoracique, heureusement fort rare, entraîne presque fatalement la mort.

Rappelons cependant que Fr. Franck a observé une alsacienne qui a pu survivre de longues années avec une ectopie congénitale extrathoracique ; on voyait battre sous la peau le cœur qui n'était recouvert d'aucune couche musculaire ou osseuse.

(Indépendance médicale).

Urines purulentes et tuberculose.

M. NOGUÈS (de Paris). — La constatation directe du bacille de Koch dans les urines, par l'examen microscopique du dépôt, n'est pas indispensable pour établir le diagnostic de tuberculose de l'arbre urinaire. La purulence, en l'absence de toutes sortes de micro-organismes, devient à elle seule un signe de haute valeur et tous les jours, on voit des urines ne contenant à l'examen direct autre chose que des leucocytes venir témoigner d'une lésion de la vessie ou des reins que l'évolution ultérieure montre bien être de nature tuberculeuse. C'est là un point que la clinique a bien établi et M. Noguès rapporte à ce propos une observation tout à fait typique qui lui a été communiquée par son maître, le Pr. Guyon. Les procédés que le laboratoire met à notre disposition et qui sont surtout des moyens confirmatifs, sont au nombre de trois : l'examen direct du dépôt sur lamelles, les cultures, les inoculations aux animaux. Une longue étude comparative nous fixe sur la valeur respective de chacun d'eux. L'examen direct sur lamelles est le plus rapide mais le moins sûr ; en effet, le bacille de Koch ne cultive pas dans l'urine ; il y est donc habituellement en petite quantité et on n'y trouve guère que ceux qui auront été mis en liberté par l'ouverture spontanée d'un foyer caséux. Mais quelques perfectionnements apportés à la technique ont permis de corriger dans une certaine mesure ces conditions défectueuses, et, à ce point de vue, les appareils connus sous le nom de centrifugateurs rendent des services journaliers ; M. Hallé écrivait récemment que sur 200 examens faits à la clinique, il avait pu trouver 70 fois le bacille de Koch par l'examen direct au microscope : cette proportion est très élevée et il est certain que ce perfectionnement dans l'instrumentation n'y est pas étranger. Les cultures sont un procédé infidèle : il serait en effet bien téméraire de compter sur la culture directe du bacille de Koch en inoculant avec des urines suspectes un tube d'agar ou de bouillon glycérimé. La voie indirecte aurait, au dire de Melchior de Copenhague, une plus grande valeur et si l'ensemencement des urines suspectes sur les milieux ordinaire restait stérile, il y a une certitude presque absolue pour que l'on se trouve en présence d'une urine tuberculeuse. Restent donc les inoculations aux animaux et l'on peut dire sans crainte que dans les cas douteux, c'est le procédé qui nous éclaira le plus souvent. Le cobaye est l'animal de choix et la double inoculation d'un centimètre cube sous le peau et dans le péritoine est un excellent moyen pour avoir une réponse rapide : dans les expériences qui font l'objet de cette communication, la mort est survenue spontanément vers le 21^e jour ; en règle générale, les animaux peuvent être sacrifiés au bout d'un mois et demi, et si, à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion, on peut considérer comme négatif le résultat de l'inoculation. Mes expériences se divisent en deux groupes parfaitement distincts : dans un premier, j'ai fait entrer les urines ne contenant pas à l'examen des bacilles de Koch mais dans lesquelles on trouvait par contre, des micro-organismes de formes et d'espèces diverses ; seule l'évolution clinique permettait de supposer qu'il s'agissait d'urine tuberculeuse. Ce groupe comprend 5 cas, qui sont tous restés négatifs ; aucun des animaux en expérience n'a présenté de lésion pouvant faire penser à la tuberculose. Là seule conclusion logique à tirer de cette série négative est que les suppositions n'étaient pas fondées et qu'il ne s'agissait pas là d'infection tuberculeuse. Il ne faudrait pas en tirer des conclusions prématurées et s'en prévaloir pour nier l'existence des associations microbiennes dans la tuberculose urinaire.

Le deuxième groupe de ces expériences comprend les urines dans lesquelles le microscope n'a permis de découvrir ni bacille de Koch, ni aucune autre variété de microorganismes. Ici les résultats ont été des plus nets et sur 22 urines inoculées, 15 fois les cobayes ont succombé avec des lésions caractéristiques. Tout commentaire ne pourrait qu'affaiblir la portée de pareils résultats et la conclu-

sion logique à donner à ces travaux est que la purulence, en l'absence de tout micro-organisme, devient un signe de haute valeur en faveur de la tuberculose.

Faut-il généraliser et dire que toutes les urines dans lesquelles on ne trouvera ni bacille de Koch, ni autres microorganismes sont fatalement et toujours des urines tuberculeuses ? M. Noguès ne le croit pas. Il faut, en effet, compter avec les suppurations à microbes anaérobies ; dans ce genre d'infection il n'est pas exceptionnel, en examinant au microscope le liquide septique, de n'y trouver que de très rares microorganismes, assez rare même pour échapper à un examen attentif. Peut-être est-ce le cas d'un certain nombre d'urines dans lesquelles on ne trouve que des leucocytes. Ce n'est qu'une hypothèse, mais il faut bien se rappeler que l'histoire de ces suppurations anaérobies n'est pas son début ; des recherches sur ce point sont en cours au laboratoire de la Clinique et tout fait espérer qu'elles donneront de féconds résultats.

M. CARLIER. — Sur cinq de mes malades présentant de la pyurie sans bacilles, il y en a eu trois qui sont devenus ultérieurement tuberculeux. Je considère donc que dans ces cas il s'agit de tuberculose en germe ; il n'y a que le bacille de la tuberculose qui puisse se masquer dans les urines purulentes.

M. JANET ajoute à l'urine qu'il centrifuge, soit de l'alcool, soit un peu d'ammoniaque. Ce procédé permet de trouver des bacilles dans les urines presque claires.

(Ass. franç. d'urologie. — *Le Progrès.*)

Un signe nouveau pour le diagnostic de la tuberculose.

Par M. le Dr. MURAT.

On sait tout l'intérêt qu'il y a à diagnostiquer la tuberculose dès sa germination dans l'organisme.

Parmi les découvertes récentes qui concourent à faciliter ce diagnostic, on peut citer :

Le signe nouveau de la déséquilibration de la température, signalée par MM. Daremberg et Chuquet, différence de 7 à 8 dixième de degré entre la position debout et la position horizontale, entre la température du matin avant le lever et celle de l'après-midi, etc.

Les examens radiscopiques encore peu à la portée de la majorité des praticiens ;

Les "réactifs" de la tuberculose : la tuberculine dont l'emploi n'est pas sans danger ; les injections de sérum artificiel qui semble lui aussi devoir être manié avec prudence.

La *Revue de la Tuberculose* n'a-t-elle pas récemment rapporté un cas de phtisie chronique ayant, au dire de l'auteur, pris brusquement une forme aiguë sous l'influence des injections de sérum artificiel.

La réaction agglutinative du sérum tuberculeux, signalée naguère par MM. Paul Courmont et Arloing qui l'obtiennent par un procédé analogue à celui de la réaction typhique, a l'avantage de ne présenter évidemment aucun inconvénient pour le malade, mais elle ne peut donner, de l'avis même de ses auteurs, de résultats certains qu'en des mains spécialement exercées et capables d'éloigner les nombreuses causes d'erreur. L'administration à l'intérieur de l'iodure de potassium semble être le moyen le plus pratique de déceler les tuberculoses latentes. En administrant ce médicament à la dose de 75 centigrammes par jour, pendant deux ou trois jours, on fait apparaître des râles sonores dans les régions suspectes du poumon.

Cette méthode, qui n'est pas absolument nouvelle, a été dans ces dernières années, à l'étranger, l'objet de nombreux travaux qui l'ont mise en faveur.

M. Chuquet reproche à l'iodure d'agir comme la tuberculine et les sérums "en déterminant autour des lésions des phénomènes

congestifs." Dans le cas qui nous occupe, tuberculose latente, il semble pourtant qu'on puisse l'employer sans inquiétude. Sur les sujets à terrain scrofuleux, l'iode ne produit que de bons effets. On sait de plus que Germain Sée a toujours préconisé ce médicament dans les formes torpides et apyrétiques qui sont si proches parents des formes latentes.

Au reste, il est des cas où l'hésitation ne semble pas permise : lors, par exemple, qu'il s'agit de sujets prédisposés ou déjà suspects de tuberculose qui ont à se présenter devant un conseil de revision. Sachant combien leur est funeste la vie de caserne, c'est leur rendre grand service que de les préparer ainsi à la visite médicale.

Enfin il est un autre signe de début qui n'a point été signalé jusqu'ici et qui peut rendre des services. Ce symptôme est d'ordre subjectif. Quand les malades parlent fort, ils *sentent* que leur voix fait vibrer le poumon tuberculisé. Quand la conversation s'anime et qu'ils ont des éclats de voix, il en est même, comme j'en ai observé un cas, qui cherchent à atténuer cette résonnance gênante de la région infiltrée en immobilisant le bras du côté correspondant près du tronc, d'un mouvement instinctif. N'est-ce-ce pas là une véritable sourdine mise au thorax du côté où il vibre ?

Il faut évidemment rechercher ce signe, car s'établissant insensiblement et n'étant pas douloureux, il n'éveille nullement l'attention des malades ; mais que le médecin les interroge, les oblige à s'étudier sur ce point, leur fasse faire en sa présence de fortes expirations parlées, des "hums !" retentissants, et ils reconnaîtront que les vibrations de la voix se propagent dans le poumon gauche, par exemple, tandis qu'aucune sorte de sensation n'est perçue du côté sain. L'opposition est nette. Il semble au sujet que le poumon tuberculisé est seul en relation avec le larynx. Il serait plus difficile, par le simple interrogatoire, de déterminer le siège précis et l'étendue de la résonnance, quoique le malade accuse bien vers le sommet du poumon, par exemple, le lieu de celle-ci.

Ce signe découle logiquement de l'épaississement du parenchyme et est de même ordre que l'augmentation des vibrations et la bronchophonie. Je ferai remarquer que la constatation nette de ceux-ci n'est pas toujours contemporaine de la fine sensation de répercussion pulmonaire si précocement perçue par certains malades. Ce symptôme était déjà très accusé chez l'un de mes tuberculeux en un temps où l'auscultation la plus minutieuse ne me permettait de déceler aucune altération morbide.

Il va de soi que ce symptôme a aussi sa place dans la symptomatologie des périodes plus avancées de la phtisie. Cette sensation d'ébranlement et de vibration pulmonaire est ressentie en effet nettement par la plupart des tuberculeux au deuxième et au troisième deg. Ils reconnaissent que "cela chante", suivant leur expression, dans leur poumon lorsqu'on les fait parler haut. J'ai tenu à signaler ici ce symptôme en vue du diagnostic précoce, parce qu'il est un "révélateur" très sensible de la maladie, précieux lorsque celle-ci débute par des noyaux centraux d'infiltration et dans tant de cas suspects où l'auscultation et la percussion ne donnent que des résultats incertains.

(*Indépendance médicale*).

La respiration de Cheyne-Stokes pendant le sommeil comme signe précoce de néphrite interstitielle.

Par M. CH. O'DONOVAN.

Le type respiratoire de Cheyne-Stokes est fréquent dans les états comateux. On l'observe aussi à une période avancée de la dégénérescence graisseuse du myocarde et dans le dernier stade des diverses variétés du mal de Bright. Mais ce qui est moins connu, c'est que, comme le montrent les trois observations relatées par l'auteur, ce trouble de la respiration peut apparaître dans la né-

phrite interstitielle lorsqu'il n'existe encore aucun symptôme susceptible de mettre sur la voie du diagnostic.

Un des malades de M. O'Donovan était âgé de cinquante-quatre ans au moment où l'on nota chez lui pour la première fois le phénomène de Cheyne-Stokes, survenant au cours du sommeil. Cet homme, exempt de tout antécédant alcoolique, n'avait jamais eu de maladie vénérienne ; ses urines étaient normales, et il ne présentait rien de particulier, sauf des intermittences du pouls une fois toutes les quinze à vingt pulsations, intermittences qu'on pouvait mettre sur le compte du tabagisme, le patient étant grand fumeur. En outre, il était sujet, depuis longtemps à de violentes crises de migraine. Dans ce cas, le diagnostic de mal de Bright n'a été établi que six ans après le début des troubles respiratoires nocturnes et un an environ avant la mort du malade. Durant tout ce laps de temps, le patient n'a cessé d'offrir de la respiration de Cheyne-Stokes dans la nuit, mais pendant les six derniers mois de la vie il eut aussi des accès de ce genre dans la journée et à l'état de veille.

La seconde observation se rapporte à une femme qui était en traitement pour une affection utérine lorsqu'on remarqua chez elle la respiration de Cheyne-Stokes, se montrant la nuit seulement. Cette femme, âgée de cinquante-deux ans, n'offrait rien de particulier du côté des urines, du cœur et des autres viscères. Cependant, la respiration anormale se reproduisait chaque nuit sans exception, devenant particulièrement intense à la suite de toute fatigue corporelle ou mentale. Trois ans et demi plus tard, la malade succomba à un mal de Bright au cours d'un coma urémique avec convulsions.

Dans le troisième cas il s'agissait d'un homme, âgé de soixante-douze ans et dont les artères étaient manifestement sclérosées. Il commença à présenter de la respiration de Cheyne-Stokes pendant le sommeil deux ans avant qu'on eut découvert la présence d'albumine dans ses urines et quatre ans avant la mort. Le trouble respiratoire a augmenté d'intensité à mesure que progressait l'affection rénale tout en restant constamment nocturne. Jamais on n'a noté de respiration de Cheyne-Stokes pendant le jour, le patient ayant succombé brusquement avant l'apparition de tout symptôme urémique.

Les maladies du rein restent souvent latentes au début, et cela pendant une période de temps plus ou moins longue, les phénomènes de respiration de Cheyne-Stokes à type nocturne, observé par M. O'Donovan chez les trois brightiques en question, méritent d'être pris en considération comme signe susceptible d'aider à établir le diagnostic précoce de néphrite.

(*Med. News. — Abeille médicale*).

CHIRURGIE

Limites de la dilatation dans le traitement des rétrécissements urethraux.

Par M. GUIARD.

La dilatation temporaire progressive représente la méthode fondamentale du traitement des rétrécissements urétraux. Effectuée jusqu'à la limite classique (n° 22 ou 23 de la filière Charrière), elle suffit le plus ordinairement pour supprimer les troubles fonctionnels et assurer ensuite une assez longue durée du bénéfice obtenu. Mais il y a des cas où cette limite est insuffisante, laisse persister les symptômes et ne peut même pas empêcher leur aggravation progressive. Alors la méthode des hautes dilatations, jusqu'au n° 27 ou 28, et davantage au besoin, offre une ressource précieuse dont l'excellence, ignorée du plus grand nombre, mérite d'être mise en relief et vulgarisée.

Elle peut être utilisée à titre curatif et à titre préventif.

A titre curatif, elle est indiquée toutes les fois que divers accidents résistent à la dilatation moyenne classique par les n° 22 ou 23. Elle doit être prudemment mais résolument appliquée jusqu'aux numéros les plus élevés de la filière Charrière. Ce serait mal comprendre l'intérêt des malades que de se laisser intimider et arrêter par certains accidents tels que des abcès urinaires, des saignements plus ou moins abondants et prolongés, des rétentions d'urine qui sont en réalité sans grande importance et qui, loin d'augmenter, cessent plus ou moins vite à mesure que le calibre urétral est élargi. La puissance curative de ces hautes dilatations est démontrée par des faits de guérison rapide et durable après insuffisance manifeste, pendant 25, 30 et 38 ans, des dilatations faibles ou moyennes très fréquemment répétées. Elles peuvent cependant échouer contre certains rétrécissements exceptionnellement épais, longs et rétractiles, qui se reproduisent, quoi que l'on fasse, dans l'espace de quelques jours, mais qui sont heureusement très rares.

A titre préventif, elles sont aussi d'un très grand secours. La récurrence des rétrécissements urétraux étant presque fatale, à plus ou moins longue échéance, il y a grand intérêt pour les malades à la prévenir par des mesures spéciales, sans attendre, pour agir, qu'elle soit devenue manifeste. Des cathétérismes plus ou moins rapprochés, destinés à maintenir le statu quo, s'imposent donc indéfiniment après la dilatation curative. Le plus souvent l'emploi de bougies de moyen calibre est suffisant. Mais lorsque l'excessive rapidité de la récurrence exige des interventions par trop fréquentes et laisse à peine aux malades quelques semaines de répit, nous n'avons à lui opposer aucun moyen comparable à la méthode des hautes dilatations. Elle permet bientôt d'espacer beaucoup plus les séances, d'élever par exemple à 4, 5 et 6 mois des intervalles qui jusqu'à ne pouvait guère atteindre qu'un mois seulement et avec peine.

Ces dilatations préventives doivent être répétées aussi souvent qu'il est nécessaire mais le plus rarement possible. Le temps qui répond à cette double condition ne peut être méthodiquement déterminé qu'après certains tâtonnements. Les distances, d'abord assez courtes, un à deux mois suivant la gravité des cas, sont ensuite régulièrement augmentées, à chaque visite nouvelle, jusqu'à ce que le passage des mêmes bougies deviennent impossible ou très difficile. C'est la durée du précédent intervalle qui doit être adoptée pour l'avenir.

Quant au calibre des instruments dont il convient de faire usage, il doit être de plusieurs numéros supérieurs à celui qui a fait disparaître les troubles fonctionnels, si l'on veut éviter leur prompt retour. Plus il est élevé, plus longtemps se maintient la guérison. Un très petit calibre suffit toutefois quand il supprime tous les symptômes pour des périodes de trois à quatre mois ; il suffit surtout si la moindre augmentation provoque des accidents.

(*Indépendance médicale*).

De la néphrolithotomie.

Par M. TUFFIER.

Ma communication portera exclusivement sur le manuel opératoire et est uniquement destinée à répondre à quelques critiques de l'opération ordinairement pratiquée ; elle portera sur les quatre points : la direction de l'incision cutanée, la manière de créer la brèche musculaire pour arriver au rein, l'incision du rein lui-même et enfin la suture de ce dernier. L'incision habituellement pratiquée est une incision verticale plus ou moins recourbée à son extrémité inférieure ; je lui préfère une incision beaucoup plus oblique se rapprochant autant que possible de la direction de la douzième côte. Quant au plan musculaire, il est divisé par une incision qui n'est que la continuation en profondeur de l'incision cutanée, mais comme les fibres des divers plans musculaires ont des directions

différentes, il en résulte que l'on n'a pas la place que l'on est en droit d'espérer et, en outre, la réparation de cette brèche est plus difficile. Je crois que l'on doit appliquer à la néphrolithotomie une méthode qui tend à s'installer de plus en plus en chirurgie générale et qui consiste à écarter les plans musculaires au lieu de les diviser. Quand au rein lui-même, je persiste à croire que l'incision le long du bord convexe est supérieure à celle que l'on a proposé de faire à 1 centimètre en arrière de ce bord convexe, sous prétexte que la vascularisation était en ce point moins riche. Or, je mets en doute ce dernier point et j'estime en outre que l'incision faite exactement sur le bord convexe est la seule qui conduit directement et sûrement dans le bassinet. Enfin, pour altérer le moins possible le parenchyme rénal, il faut être aussi sobre de sutures rénales : en général, un seul point me suffit et deux tampons de gaze stérile appliqués sur les deux faces du rein compriment suffisamment pour assurer l'hémostase.

(*Progrès médical*).

Cure radicale des hernies volumineuses.

Par M. MONPROFIT (d'Angers)

Je me suis trouvé en présence d'une hernie inguinale grosse comme une tête d'adulte, chez un homme de quarante-deux ans, hernie progressant rapidement, augmentant incessamment de volume et nécessitant une intervention, puisqu'elle ne pouvait être ni maintenue, ni réduite.

Ayant résolu de pratiquer la cure radicale de cette énorme hernie, je me trouvai en présence d'une masse intestinale composée d'intestin grêle et de gros intestin, adhérente de tous côtés, impossible à libérer et impossible aussi à réduire en masse dans l'abdomen.

Je me décidai à réséquer alors tout le contenu de la hernie et je procédai de la façon suivante : je plaçai des pinces sur les deux bouts de l'intestin à l'entrée de la hernie et sur le mésentère, et je sectionnai toute la masse qui fut décollée de ses adhérences et enlevée. †

L'hémostase étant faite avec beaucoup de soin sur le mésentère, je procédai à l'abouchement des deux bouts intestinaux. Je fis l'occlusion des deux lumières terminales par un double surjet muqueux et séreux, et je fis ensuite une anastomose latérale.

Les suites opératoires furent assez simples ; le malade présenta de la diarrhée dès qu'on voulut reprendre l'alimentation ordinaire au bout du troisième jour ; mais ces phénomènes cessèrent dès qu'on supprima la viande pour s'en tenir au régime végétal.

Le malade quitta le service au bout de trois semaines et retourna chez lui en bon état. J'ai eu de ses nouvelles le 10 octobre, soit quatre mois après l'intervention. Il porte encore un léger bandage avec pelote de soutien, et il éprouve un peu de diarrhée, s'il mange de la viande. Son état général est satisfaisant.

La masse intestinale enlevée pesait 1 kilog. 660 gr. Elle comprenait une partie de l'iléon, le cœcum, le côlon ascendant, et la moitié droite du côlon transverse.

Les longueurs respectives de ces différentes portions sont les suivantes :

Intestin grêle : 2 m. 30 cent.

Gros intestin : 80 cent.

Total : 3 m. 10 cent.

Nous croyons que ces résections étendues d'intestin, qui sont beaucoup moins graves qu'on pourrait le croire, pourront trouver leurs indications dans la cure radicale des très grosses hernies adhérentes et irréductibles.

(*Indépendance médicale*).

OBSTÉTRIQUE

La peau des femmes enceintes et atteintes d'affections génitales.

Par H. W. FREUND (de Strasbourg).

On connaît certaines altérations du derme dans la gravité : telles que la pigmentation, les décolorations, etc. L'auteur cependant tient à démontrer encore une autre particularité qui jusqu'ici a échappé à l'observation. Il l'a observée dans une centaine de cas. Ce phénomène c'est le dermatisme. Si avec l'ongle on presse légèrement sur certaines régions de la peau d'une femme enceinte il se produit au bout de plusieurs secondes sur l'endroit stimulé un dessin qui a d'abord une couleur rosée ; cette couleur devient de plus en plus intense et les contours du dessin ressortent avec une certaine plasticité au-dessus du niveau de la peau. La rougeur ne dépasse jamais les limites du dessin. Elle se conserve pendant deux ou trois heures. Souvent la zone rouge est limitée à droite et à gauche par une ligne blanche anémique.

Toutefois l'auteur fait remarquer que dans le phénomène qu'il a observé il n'y a pas ces énormes saillies urticariformes qui caractérisent le dermatisme proprement dit.

Le dermatisme des femmes gravides a des endroits de prédilection tels que la peau de la poitrine (spécialement sur le sternum), la peau du dos (surtout entre les omoplates et au-dessus) et la peau de l'abdomen, précisément sur un point correspondant au niveau du fond de l'utérus. Le dermatisme permet donc de déterminer l'emplacement du fond de l'utérus et sa forme.

Le dermatisme peut être constaté dans les premiers stades de la gravité. Toutefois il ne constitue pas un signe caractéristique de la gravité.

(*Gazetta Internazionale di Medicina Pratica*).

La péricystite au cours des suites de couches.

M. G. KOLISCHER considère la péricystite puerpérale comme une maladie parfaitement déterminée, bien qu'elle soit à peine mentionnée dans la littérature médicale. La marche de cette affection est en général la suivante : l'accouchée s'aperçoit d'abord qu'elle est obligée de faire des efforts considérables en urinant ; parfois il faut même la sonder pendant plusieurs jours ; ces phénomènes s'accompagnent d'une légère sensibilité de l'hypogastre. Puis la fièvre se déclare d'une manière subite, et souvent on note des frissons. Les lochies sont normales, ce qui exclut la possibilité d'une endométrite, et l'exploration bimanuelle montre que les ligaments larges sont indemnes. Mais en même temps on remarque que la moitié antérieure du bassin est occupée par une tumeur aplatie, douloureuse, appliquée contre la paroi abdominale, et qui semble se confondre avec l'utérus. Cet état persiste quelques semaines ou même plusieurs mois, sans qu'on constate ni phlébite ni ramollissements purulents, et l'affection finit par guérir spontanément.

A deux reprises, M. Kolischer a pu pratiquer la laparotomie dans des cas de ce genre. On trouva la vessie transformée en une tumeur aplatie, très dure, et recouvrant complètement l'utérus.

Au point de vue du diagnostic, il importe de noter que, en injectant dans la vessie un liquide quelconque, on éprouve tout à coup une résistance absolue liée à l'infiltration de la paroi de l'organe. Si à ce moment on vide le réservoir urinaire, la tumeur ne se trouve pas diminuée. La miction est, d'ailleurs, impuissante à évacuer complètement le contenu de la vessie.

D'autre part, la cystoscopie fait voir que le trigone et la paroi postérieure de la vessie sont normaux, mais que la muqueuse de la paroi antérieure est œdématiée et parsemée d'écchymoses punctiformes, ce qui, d'après l'auteur, constitue un signe caractéristique de la péricystite.

Enfin, on note souvent de l'œdème au niveau du clitoris, du tubercule de l'urèthre et du mont de Vénus.

M. Kolischer croit que la péricystite puerpérale se développe à la suite d'accouchements prolongés ou d'applications laborieuses de forceps, ainsi que dans les cas où l'on a négligé de vider à temps la vessie. Comme traitement, il recommande l'emploi de suppositoires d'ichtyol, de cataplasme chauds et d'irrigations chaudes de la vessie. Parfois, ces moyens étant insuffisants, il faut procéder à une opération.

(*Centr.-Bl. f. Gynækol. — Abeille méd.*)

PÉDIATRIE

Albuminurie intermittente des adolescents.

Le Dr. A. PRIBRAM (de Prague), dans quinze cas d'observation prolongée depuis plusieurs mois jusqu'à six années (avec examen chimique et microscopique des urines et du sang), a fait voir que cette albuminurie transitoire s'observe généralement chez des sujets d'aspect anémique, avec appauvrissement modéré du sang en érythrocytes et diminution marquée de l'hémoglobine, surtout pendant les périodes de croissance rapide, et qu'elle s'accompagne assez souvent d'une exagération relative du volume des mains ou des pieds, qui disparaît avec l'affection. Cette albuminurie, qui apparaît toujours d'une manière subite à la suite de la station debout ou des mouvements des extrémités inférieures, cesse brusquement sous l'influence du repos au lit, et elle s'accompagne d'une augmentation de la densité urinaire, ainsi que d'une excrétion notable de nitrate d'urée et de chlorure de potassium. Apparaissant parfois le matin, soit avec des spermatozoïdes, soit avec une desquamation de l'épithélium vulvaire et avec d'autres signes prémenstruels, pendant la période de puberté, cette albuminurie se caractérise toujours, au réactif d'Esbach, par la formation de houppettes floconneuses constituées par de petites masses cristallisées où l'analyse décèle environ 50 % de picrate de potassium et 25 % de nitrate de sodium, ainsi que des quantités moindres de picrate d'ammonium et de substances organiques diverses. Cette particularité caractéristique, qu'on ne retrouve dans aucune autre affection, engage à remplacer le procédé d'Esbach par l'emploi d'une autre méthode (telle que la réaction de l'asaprol, par exemple) dans le but de doser en pareil cas l'albumine dont le chiffre peut s'élever jusqu'à 0.5 %.

Le genre d'alimentation n'exerce aucune influence sur l'apparition de l'albuminurie ni des autres symptômes, et il est à noter que, pendant l'évolution et la convalescence de diverses maladies infectieuses intercurrentes, l'albuminurie ne s'est pas manifestée tant qu'a duré le séjour au lit. Le meilleur traitement de cette affection consiste, d'ailleurs, dans le décubitus systématique.

(*Abeille médicale*).

L'urétrite gonorrhéique des petits garçons.

Par G. BOGDAN et V. IMERWALL (de Jassy).

L'urétrite gonorrhéique des petits garçons est plus fréquente qu'on ne le croyait jusqu'à présent ; la majorité reconnaît comme origine la présence du gonocoque.

Les observations démontrent que, chez les petits garçons à prépuce long et étroit, l'infection gonorrhéique peut se transmettre par l'orifice préputial, déterminant d'abord une balanite primitive gonorrhéique, et ensuite une urétrite par propagation.

Les observations démontrent également que, au point de vue de la transmission de l'infection, à côté de la contagion directe par contact sexuel, il existe aussi une contagion indirecte, accidentelle, — qui n'était pas admise jusqu'à présent — contagion déterminée par le lit commun, par l'intermédiaire d'un linge sale, une éponge de toilette, etc.

L'infection indirecte a lieu habituellement par le prépuce.

La symptomatologie, la marche, le pronostic et le traitement de la gonorrhée des petits garçons, sont à peu près les mêmes que chez l'adulte.

Il faut remarquer cependant que dans la gonorrhée des petits garçons, il y a parfois de l'incontinence d'urine ; les complications sont moins fréquentes.

La transmission indirecte de la gonorrhée étant possible et admise, la présence du gonocoque dans les sécrétions uréthrales des petits garçons ne constitue pas une preuve absolue d'attentat à la pudeur ; il faut corroborer cet examen avec d'autres signes pour se prononcer sûrement sur la possibilité du fait.

(Revue de médecine légale. — *Indépend. méd.*)

THERAPEUTIQUE

Traitement de la pleurésie sero-fibrineuse par les injections de liquide pleurétique.

Par MONGOUR et GENTES (de Bordeaux).

D'une série d'expériences, les auteurs concluent que les injections de liquide pleurétique ne réussissent pas à faire disparaître l'épanchement dans tous les cas de pleurésies, même évidemment tuberculeuses. Mais, fait plus important, le liquide pleurétique, contenant évidemment des bacilles, peut être sans danger injecté à forte dose au malade qui en est porteur et même à des tuberculeux. L'injection chez tous ces sujets a même une efficacité incontestable. Au point de vue de l'application de la méthode, ce fait a une importance considérable, et fait ressortir à nouveau cette loi de pathologie générale trop souvent oubliée : c'est qu'au point de vue bactériologique, la quantité de bacilles introduits dans l'organisme, importe tout aussi bien que la virulence ou que l'état de réceptivité.

(L'An, ou médical. — *Indépend. méd.*)

Sur la composition et la valeur alimentaire des principaux fruits

Par M. BALLAND.

Notre examen a porté sur les fruits suivants, classés d'après leurs familles botaniques :

Ampélicées, Raisins ; *Aurantiacées*, Oranges ; *Crotylacées*, Noisettes ; *Granatées*, Grenades ; *Grossulariées*, Groseilles ; *Juglandées*, Noix ; *Morées*, Figues ; *Musacées*, Bananes ; *Oleagineuses*, Olives ; *Palmiers*, Dattes ; *Rosacées*, Abricots, Amandes, Cerises, Coings, Fraises, Framboises, Néfles, Pêches, Poires, Pommes et Prunes.

Tous les fruits, à leur maturité, contiennent de 72 à 92 p. 100 d'eau ; dans les fruits plus ou moins desséchés du commerce (raisins secs, pruneaux, noix, noisettes, figues, amandes), cette proportion dépasse raement 33 p. 100 ; elle est souvent au-dessous de 10 p. 100 dans les amandes, les noix et les noisettes.

Dans les fruits à pulpe, la matière azotée représentant l'albumine végétale passe de 0,25 p. 100 dans la poire à 1,44 p. 100 dans la banane ; dans les fruits-graines (amandes, noix et noisettes), elle est plus élevée ; 15 à 20 p. 100 à l'état sec.

Les matières grasses, avec tous les produits solubles dans l'éther (huile essentielle, matières résineuses et colorantes, sont généralement en plus faible proportion que les matières azotées ; il n'y a d'exception que pour les olives, les amandes, les noix et les noisettes, chez lesquelles l'huile domine (58 à 68 pour 100 à l'état sec.

Les cendres, dont quelques-unes renferment les traces de manganèse (figues, poires, pruneaux), sont en faible quantité, de même que la cellulose inerte : celle-ci n'est en proportion notable que dans les coings et les nèfles.

L'acidité atteint son maximum dans les framboises et les groseilles (1,25 p. 100).

Le suc et les matières dites *extractives* (amidon, dextrines, pectines, gommés, cellulose saccharifiable, acides organiques) représentent, avec l'eau, la majeure partie des éléments contenus dans les fruits à pulpe. Le sucre, qui est entièrement assimilé, a son rôle dans l'alimentation : les fruits qui en contiennent le plus, comme les bananes les dattes et les figues, constituent de véritables aliments hydro-carbonés. Les matières extractives agissent aussi à façon du sucre, mais à un moindre degré, leur coefficient de digestibilité étant moins élevé.

A part de rares exceptions, les fruits sont peu nutritifs et ne peuvent être considérés comme des aliments : leurs sucs, qui flattent plus ou moins nos goûts par leur odeur, leur saveur ou leur acidité, jouent plutôt le rôle condiments.

(La France méd.)

Maladies nerveuses

La responsabilité des épileptiques en justice.

Par L. DE MOOR.

L'auteur discute l'état de conscience de l'épileptique à divers moments de sa vie psychique. De cette étude résulte que la responsabilité de l'épileptique peut être complète, nulle ou atténuée.

L'*irresponsabilité* est toujours *absolue*, lorsque l'acte criminel ou délictueux a été commis au cours d'un paroxysme. En outre, le prévenu peut être irresponsable d'actes commis en dehors des crises : d'abord, lorsque ses facultés morales et intellectuelles sont notablement affaiblies ; ensuite, lorsque l'acte a directement précédé ou suivi la crise et est emprunt d'un caractère d'irrésistibilité.

La *responsabilité est complète* en dehors des crises paroxystiques, lorsque les facultés intellectuelles et morales n'ont pas subi l'influence de la maladie et que les circonstances de l'acte incriminé montrent que le prévenu était en pleine possession de sa volonté libre.

Enfin la *responsabilité sera atténuée*, l'acte ayant été commis dans un intervalle lucide, lorsque le prévenu présente les attributs du caractère épileptique et que l'acte commis est directement sous la dépendance des altérations psychiques qui en résultent.

(Rev. des questions scientifiques. — Rev. neurol.)

Conditions biologiques des familles des épileptiques.

Par G. BÉCHET.

Voici les conclusions de cette statistique, fondée sur l'étude de 40 familles d'épileptiques.

La durée de la vie est sensiblement inférieure chez les ascendants des épileptiques à celle qui existe dans les familles normales.

La natalité est plus élevée dans les familles d'épileptiques que dans les familles normales ; mais les sujets atteints de la névrose ont une puissance reproductive peu développée et tendent à la stérilité.

La vitalité est très inférieure dans ces familles à ce qu'elle est normalement surtout chez les individus en bas âge.

La morbidité présente aussi des caractères spéciaux. Chez les ascendants des épileptiques, les maladies pulmonaires, surtout la phtisie, se rencontrent souvent, tandis que chez les descendants plus fréquentes sont les affections cérébrales (méningites) ; les névroses et la folie sont rares dans les familles d'épileptiques.

(Arch. de neurol. — Rev. neurol.)

Sur un phénomène pupillaire non décrit.

Par WESTPHAL (Soc. de psych. de Berlin).

Ce symptôme consiste en ceci : si l'on ordonne au malade de fermer l'œil et qu'on s'oppose à l'occlusion en retenant les paupières, la pupille se contracte ; ce phénomène ne se produit que quand la pupille ne réagit pas ou peu à la lumière et qu'elle n'est pas en myosis. Le phénomène n'a été rencontré qu'une fois dans un cas où les réactions pupillaires étaient normales. C'est un mouvement associé attribuable à une anastomose des noyaux du facial et de l'oculo-moteur.

(Rev. neurol.)

Recherches sur l'analgésie du cubital (signe de Biernacki) chez les aliénés.

Par KÉRAVAL et LAURENT.

Ces recherches ont été faites sur les aliénés de l'asile d'Armentières. Elles ont porté sur 626 malades hommes : 84 paralytiques généraux et 542 autres aliénés. Sur les 84 paralytiques dont l'affection était nettement confirmée, 44 présentaient le signe de Biernacki, 32 avaient une sensibilité cubitale normale, 8 donnaient un résultat douteux. Les 542 malades non paralytiques, se répartissent au point de vue de la sensibilité cubitale de la façon suivante : 314 ont une sensibilité normale, 228 présentent une analgésie complète du cubital. Les résultats de ces expériences corroborent à peu de chose près ceux de Bædeker et Falkenberg. Ces derniers ont en effet constaté la présence du signe de Biernacki dans 58 % des cas de paralysie générale et dans 39 % de non paralytiques et les chiffres des auteurs français donnent une proportion de 53 % et de 42 %.

Ce signe ne donne pas d'indications nouvelles au point de vue de la sensibilité générale des malades : les troubles de la sensibilité sont, en effet, très fréquents chez les aliénés.

En dehors des paralytiques on trouve le plus d'analgésiques chez les déments (lésions de désorganisation) où la proportion est de 87 % et chez les idiots (lésions d'organisation) où elle est de 85 %. Viennent ensuite, mais à une grande distance les dégénérés divers avec une proportion de 40 % et les mélancoliques 32 %. Le nombre des analgésiques est encore de 30 % chez les délirants chroniques ; mais dans les états de manie, il tombe à 19 %, à 10 % chez les alcooliques. Enfin il est nul, dans la maladie où domine l'éréthisme nerveux : l'épilepsie.

Les auteurs concluent avec Bædeker et Falkenberg, et contrairement à Cramer, qu'un symptôme aussi incertain ne peut avoir de valeur réelle pour un diagnostic différentiel quelconque.

Mais ils admettent volontiers avec Cramer : que réuni à d'autres symptômes de paralysie générale, le signe de Biernacki pourra constituer un élément de plus en faveur du diagnostic.

(Arch. de Neurol. — Bull. de med. ment. de Belgique).

Les mélancoliques (Etude clinique).

Par ALEX. ATHANASSIU (de Bucharest).

Les mélancoliques constituent un groupe à part dans les malades des asiles ; ils attirent l'attention par leur aspect : tête baissée, bras pendants, traits tirés, immobilité passive, etc. Le point de départ de cet état morbide paraît dû à une altération vasculaire, ou à une altération essentielle des neurones de la région sensitivo-sensorielle ; quand le grand sympathique est atteint, les malades ont des névralgies diverses, de l'angoisse précordiale, etc. La mélancolie est caractérisée par une dépression douloureuse, de la perte des forces, de la diminution de l'activité intellectuelle. Elle ne tarde pas à s'accompagner d'autres phénomènes ; les malades ont des idées de ruine, d'humilité, parfois de la stétiophobie. Ils ont des illusions et des hallucinations parfois psychomotrices. Le regard est tenu immobile, la réaction pupillaire à la lumière et à l'accommodation est ralentie. Les pupilles sont habituellement dilatées, l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil montre une coloration gris jaunâtre due probablement à ce l'œdème.

Le pouls est petit, ralenti, contracté ; il donne au sphygmographe le tracé d'un pouls à forte tension ; dans la mélancolie anxieuse il s'accélère, les pulsations s'élèvent jusqu'à 120 par minute. La respiration est superficielle ; les fonctions digestives s'accomplissent mal, il y a de l'hyperchlorhydrie ; les sécrétions sont diminuées. La mélancolie est une affection curable : 50 p. 100 et plus de guérison ; il faut alimenter les malades s'il existe de la stétiophobie, leur prescrire de l'atropine d'opium à la dose de 0,10 centigrammes et plus. L'hydrothérapie et l'électricité ont parfois donné de bons résultats.

Sur 50 autopsies faites depuis 10 ans, les seules lésions observées ont été généralement de l'anémie des centres nerveux, rarement de la congestion, de l'augmentation du liquide céphalo-rachidien. Les veines étaient dilatées, les artères rétrécies.

Dans 3 p. 100 des cas, on trouva les lésions caractéristiques de la paralysie générale. En ce qui concerne les lésions viscérales, la seule à peu près constante a été l'altération du foie : congestion, dégénérescence granulo-graisseuse. Dans 80 p. 100 des cas, les malades ont succombé à la tuberculose. Dans un cas il y avait des ecchymoses scorbutiques multiples, cutanées et viscérales.

(Arch. de neurol. — Rev. neurol.)

NOUVELLES.

NAISSANCE. — A Montréal, le 6 courant, au n° 245 rue Roy, l'épouse de M. le Dr. G. A. Henri Dufresne, un fils.

— Le Dr. S. Aubuchon, étant de retour des Etats-Unis, a ouvert un bureau au n° 1130 rue St-Laurent.

— Dans la neurasthénie, dans les affections hystériques, dans les diverses névralgies, surtout ovarienne, dans les tremblements nerveux si fréquents chez les ivrognes avérés, des tablettes d'Antikamnia de cinq grains rendent de réels services. Une à deux toutes les deux ou quatre heures.

(Health, journal hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Londres, Ang.)

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
La Faculté de médecine de Bruxelles, Dr. Jéhin-Prume.....	233
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : La colique hépatique, par M. C. Bacaloglu. — Pronostic de l'angine de poitrine, par Fr. Samberger.....	235
CHIRURGIE : Résection bilatérale de la branche périméale du nerf honteux interne dans la cystite douloureuse. — Des épanchements urinaires d'origine rénale, par le Dr. Rattier (thèse de Lyon). — Extirpation du membre inférieur entier avec l'os coxal correspondant (articulation-ileo-abdominalis), par E.-O. Salich-tchevf (Vratch).....	236
OBSTÉTRIQUE : Le rapport du corps thyroïde avec la grossesse, Lang.....	238
MALADIES NERVEUSES : Héli-hypéresthésie névro-musculaire (syndrome de Weil) avec transfert, par L. Jacquet. — Contribution à l'étude médico-légale des imbéciles supérieurs, par Deiters. — L'état du facial supérieur et du moteur oculaire commun dans l'hémiplégie organique, par Ch. Mirallié. — De l'asymétrie cérébelleuse, par J. Babinski.....	238
L'Association des Internes (anciens et nouveaux) de l'hôpital Notre-Dame, réunion du 15 décembre 1899.....	240
REVUE DES LIVRES.....	240
FORMULAIRE.....	240

Travaux Originaux

La Faculté Royale de Médecine de Bruxelles

Dr. JÉHIN-PRUME.

Il n'y a pas très longtemps je publiais, dans un journal de Montréal, un article sur l'École médicale belge — article retraçant en quelques mots les principales universités belges et donnant une idée des avantages que les étudiants canadiens y auraient.

A la demande d'un grand nombre de nos confrères de Montréal, de Québec et d'Ottawa, je commence aujourd'hui une série d'articles, devant, je l'espère, ouvrir à l'étudiant, au médecin canadien, une nouvelle sphère d'études, un nouveau champ d'observations.

Depuis quelques années, un nombre considérable de médecins quittent le Canada, pour aller compléter en Europe, leurs études médicales. Les canadiens-français vont à Paris; quelques-uns, très rares, vont à Lille. Ceux de langue anglaise vont à Londres ou à Edimbourg. Peu vont en Allemagne, pour cette raison que la langue de ce pays ne leur est pas connue. Je crois être un des seuls, sinon le premier de ceux qui ont visité les grands centres médicaux de la Belgique.

Pourtant les avantages, tant scientifiques que matériels, à la portée de tous les étrangers, sont si grands en Belgique; j'en reviens avec une impression telle que vraiment il me semble être un devoir d'en faire part à tous mes confrères du Canada.

Depuis longtemps nous sommes habitués à suivre la même route, à nous rendre dans les mêmes centres, éternelle routine, nous empêchant de songer que, là, sur notre chemin, est une école médicale, nous offrant un programme d'études vraiment remarquable.

En effet, pour nous rendre à Paris, nous pouvons sans nous

déranger, sans qu'il nous en coûte plus, passer par Bruxelles. La vie y est des plus agréables, et détail très important, excessivement bon marché. Nous reviendrons, du reste, sur cette question. Le médecin étudiant y trouvera des hôpitaux, des cliniques, des laboratoires d'une richesse très grande.

La Faculté de médecine de Bruxelles compte un nombre considérable d'étudiants. L'Université libre de Bruxelles est, du reste, à juste titre, célèbre. Un grand nombre d'étrangers viennent y chercher des diplômes scientifiques. C'est ainsi qu'en 1898 les puissances étrangères comptaient à Bruxelles :

Angleterre.....	70 étudiants.
Bulgarie.....	3 “
Ecosse.....	2 “
France.....	2 “
Irlande.....	8 “
Pays-Bas.....	2 “
Portugal.....	1 “
Roumanie.....	35 “
Serbie.....	1 “
Turquie.....	2 “
Afrique.....	5 “
Birmanie.....	1 “
Indes.....	11 “
Brésil.....	3 “
Costa-Rica.....	1 “
Australie.....	2 “

Comme on peut en juger par cette liste les étudiants de langue anglaise y sont en majorité, soit : 93 en comptant les Indes.

L'instruction médicale que l'on puise à Bruxelles peut se diviser comme suit :

- I. Cours théoriques.
- II. Cours cliniques.
- III. Cliniques.
- IV. Laboratoires.

I

Histologie générale et spéciale.....	M. Rommelaere
Anatomie humaine.....	M. Sacré
“ topographique.....	M. Hauben
Physiologie spéciale.....	M. Heger
“ générale.....	M. Spehl
Embryologie.....	M. Heger
Eléments d'anatomie comparée.....	M. Yseux
Thérapeutique générale.....	M. Destrée
“ spéciale.....	M. Carpentier
Psychiatrie.....	M. Desmeth
Pathologie générale.....	M. Desmeth
Anatomie pathologique.....	M. Stienon
Pharmacologie.....	M. Jacques
Pathologie chirurgicale.....	M. Thiriar
Accouchements.....	M. Kufferatte
Hygiène.....	M. De Smet
Médecine légale.....	M. Dallemagne
Anatomie des régions.....	M. Hauben

Chimie toxicologique.....	M. Depaire
“ pharmaceutique.....	M. “
“ analytique.....	M. Van Eugelen
Neuropathologie.....	M. Crocq
Physiologie et pathologie de la cellule.....	M. Demoor
Bactériologie.....	M. Funck
Orthopédie infantile.....	M. Gevaert
Antropologie.....	M. Houzé
Gynécologie.....	M. Rouffart
Pathologie de la grossesse.....	M. Tournay
Démonstration de physiologie.....	M. Heger

II

Théorie et pratique des opérations chirurgicales.....	M. Laurent
Ophthalmoscopie (Hôpital Saint-Jean).....	M. Coppez
Exploration clinique (Hôpital Saint-Pierre).....	M. Spehl
Bandages et appareils “.....	M. Tournay
Syphilis du système nerveux “.....	M. Bayet
Laryngologie — Rhinologie “.....	M. Capart
La voix et l'ouïe (à l'Institut de physiologie)....	M. Cheval
Obstétrique.....	M. Cocq
Exercices pratiques d'obstétrique.....	“
Maladies des yeux et pathologie générale.....	M. H. Coppez
Ophthalmoscopie.....	M. Gallemaerts
Massage.....	M. Le Marinel
Maladies nerveuses.....	M. R. Verhoogen
Physiologie pratique.....	M. Spehl

III

Cliniques médicale (Hôpital Saint-Jean).....	M. Stienon
“ chirurgicale “.....	M. Gallet
“ médicale (Hôpital Saint-Pierre).....	M. Rommelaere
“ chirurgicale “.....	M. Thiriard
“ obstétricale (Maternité).....	M. Kufferatte
“ ophthalmologie (Hôpital Saint-Jean)....	M. Coppez
“ Maladies syphilitiques (Hôp. St-Pierre)	M. de Smet
“ “ voies urinaires “.....	“
“ “ externes des enfants “.....	M. Charon
“ “ internes “.....	M. Tordens
“ diagnostique chirurgical (Hôp. St-Jean).....	M. Lavisé
“ psychiatrique “.....	M. de Bœck
“ otologique “.....	M. Delotauche
“ laryngologique et rhin. (Hôp. St-Pierre)	M. Capart
“ gynécologique (Hôpital Saint-Jean)....	M. Rouffart
“ thérapeutique “.....	M. Destrée
“ maladies nerveuses (Hôp. St-Pierre)....	M. Spehl
“ diagnostique médical “.....	“
“ obstétricale (maternité).....	M. Tournay
“ chirurgicale (Gujernerie).....	M. Depage

IV

Exercices micrographiques.....	M. Rommelaere
Démonstrations anatomiques.....	M. Sacré
Exercices pratiques : anat. pathol.....	M. Stienon
“ médecine opératoire.....	M. Laurent

Recherches microscopiques.....	M. Harlaut
Bactériologie.....	M. Funck
Autopsies.....	M. Vandervelde
Chimie physiologique.....	M. Slosse
Laboratoire de botanique.....	M. Errera
“ de chimie.....	M. Joly
“ d'histologie (préparateur).....	M. Gallemaerks
“ de zoologie.....	M. Lemeere
“ de physique.....	M. Rousseau
“ d'électricité.....	“
“ d'hygiène (préparateur).....	M. Funck
“ d'anatomie comparée.....	M. Lemeere
“ d'embryologie.....	M. Francotte
“ de toxicologie.....	M. Depaire
Collection d'instruments de chirurgie.....	M. Sacré

Nous voyons que la Faculté Médicale de Bruxelles présente un programme d'étude tant pratique que théorique aussi complet qu'il soit possible de l'être. Nous ajouterons à ce qui précède deux laboratoires de radiographie médicale, que j'ai visités avec le plus grand intérêt, et plus encore avec profit.

En dehors de la Faculté proprement dite existe des Instituts appartenant à l'Université et ayant pour objet les travaux essentiellement pratiques.

L'Institut botanique est situé rue Botanique, en contact avec le Jardin Botanique, un des plus complets qui existent. Il se compose de deux corps de bâtiments. Le bâtiment principal se compose de la *salle des cours*, la *salle de préparation des cours*, le *laboratoire de recherches*, la *bibliothèque*, la *chambre noire thermostatique*, le *laboratoire du professeur*, celui de l'assistant. Dans la seconde bâtisse se trouve le *laboratoire de chimie physiologique*, la *chambre aux balances*, le *laboratoire des élèves*, le *laboratoire de physiologie végétale* et une *chambre de polarimétrie et de spectroscopie*. Dans le grenier se trouve un atelier de photographie. L'Institut Botanique est sous la direction de M. le professeur Leo Errera.

Les Instituts universitaires du Parc Léopold sont au nombre de trois : Institut de Physiologie, Institut de Bactériologie et d'Hygiène, Institut d'Anatomie.

L'Institut de Physiologie sous la haute direction du professeur Heger, recteur de l'Université. Nous donnerons ainsi la description de cet intéressant édifice.

Le soubassement contient les *chambres d'observations d'animaux*, *chambres optiques*, *laboratoire de photographie*, *salle d'analyse des gaz*.

Le rez-de-chaussée est destiné au service de physique, au *laboratoire d'électricité*.

A l'entre-sol se trouve la *bibliothèque* et quatre *laboratoires privés*, dont un d'embryologie.

Au premier étage, *collection d'instruments de chirurgie*, le *laboratoire de physiologie*, la *salle d'exercice pratique de physiologie*; en arrière se trouve l'*auditorium*.

L'Institut d'Hygiène et de Bactériologie, placé sous la direction du professeur Destrée, a la disposition suivante :

Soubassement : Salles d'élevage des cobayes.

Arrière-corps : Auditorium.

Rez-de-chaussée : Laboratoire de thérapeutique, laboratoire d'hygiène.

Premier étage : Laboratoire de sérothérapie et trois laboratoires de bactériologie.

L'Institut d'Anatomie est placé sous la direction du professeur Sacré. Le soubassement contient un laboratoire de photographie et un musée anatomo-pathologique. Au rez-de-chaussée nous trouvons l'auditorium et les laboratoires d'histologie.

Au premier étage la salle de chirurgie opératoire, de dissection, de préparation et le musée des instruments de chirurgie. Le musée anatomique et le laboratoire d'anatomie pathologique.

* * *

Quelques mots maintenant sur les hommes distingués qui dirigent la Faculté médicale de Bruxelles.

M. le Dr. Paul Heger, professeur de physiologie, est le recteur de l'Université, pour la présente session; cet éminent physiologiste est également directeur de l'Institut de Physiologie, au Parc Léopold.

La clinique ophtalmologique du professeur J. B. Coppez, à l'hôpital Saint-Jean, est justement réputée comme une des plus complètes du continent européen. M. le professeur Coppez aussi habile chirurgien que clinicien, se plaît à donner à ceux qui fréquentent sa clinique, toutes les facilités désirables.

Les services de médecine placés comme nous l'avons vu, sous la direction de MM. les professeurs Stienon et Rommelaere, le premier à l'hôpital Saint-Jean, le second à l'hôpital Saint-Pierre, présentent le plus beau champ d'observation que l'on puisse désirer. Salles superbes, bien aérées, le service hospitalier fait par les sœurs de la charité, nombreux internes et externes, laboratoires où les étudiants peuvent confirmer les diagnostics. M. le Dr. Rommelaere est membre de l'Académie de Médecine.

Les cliniques chirurgicales sont données par M. le professeur Gallot, à l'hôpital Saint-Jean, et par M. le professeur Thiriard à l'hôpital Saint-Pierre; nous citerons également la clinique chirurgicale de l'Hospice de l'Infirmierie, avec M. le Dr. Depage. M. le professeur de Smet donne dans un superbe service à l'hôpital Saint-Pierre, des cliniques sur les affections syphilitiques et maladies des voies urinaires; les étudiants, tout comme dans les grandes cliniques de Paris et de Londres, peuvent y puiser des connaissances pratiques.

Les services d'otologie, rhinologie, laryngologie sont sous la direction des professeurs Deistanche à l'hôpital Saint-Jean et Capart à l'hôpital Saint-Pierre. Ici comme dans la clinique ophtalmologique du professeur Coppez, les étudiants étrangers ont toutes les facilités possibles pour examiner et étudier les différents malades de son service.

M. le Dr. Spehl, dans son service de l'hôpital Saint-Pierre, outre les cliniques de diagnostic médical, donne des cliniques sur les maladies nerveuses. M. le Dr. Rouffard donne à l'hôpital Saint-Jean, des

cliniques théoriques et pratiques avec exercices pratiques pour les élèves, sur les différentes affections gynécologiques. M. le Dr. Tournay donne à la Maternité les cliniques obstétricales.

Voici ce que nous offre la Faculté Médicale de l'Université Libre de Bruxelles. Mais me dira-t-on, ce sont là de très grands avantages, il est vrai, mais à Paris, à Londres, à Vienne ou à Berlin on trouve également des hôpitaux de premier ordre, un corps enseignant complet.

Ceci est vrai, mais à Bruxelles il existe un avantage spécial et des plus précieux. Je vais dans le chapitre suivant l'analyser et le présenter avec toute l'impartialité possible. (1)

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

La colique hépatique.

Par M. C. BACALOGU.

De tous les accidents de la lithiase biliaire, la colique hépatique est celui sur lequel le médecin a le plus de moyens d'action.

Comme elle est souvent le premier accident de l'affection calculuse, une fois l'accès douloureux combattu, il reste encore à surveiller le malade et, par un régime sévère, par une hygiène convenable, à empêcher la formation de nouveaux calculs. A la thérapeutique symptomatique devra donc succéder la thérapeutique rationnelle.

Avec les années les doctrines évoluent. La lithiase biliaire a été longtemps considérée comme le résultat d'un ralentissement de la nutrition, comme faisant partie de la grande famille des manifestations arthritiques ou herpétiques, avec la colique néphrétique, la migraine, les hémorroïdes, les éruptions eczémateuses, etc. Actuellement, après les travaux de Galippe, Gilbert et Fournier, Mignot, il est certain que l'infection biliaire est la première en date. La présence des micro-organismes dans les noyaux des calculs, de même que la reproduction expérimentale des calculs, grâce à une légère infection vésiculaire (Mignot), prouvent que, dans la formation des concrétions calculuses, le facteur infectieux est le plus important à envisager.

Nous verrons que ces notions n'ont pas sensiblement changé la thérapeutique du lithiasique.

On est appelé près d'un malade, généralement d'âge moyen; c'est souvent une femme enceinte, ou bien, un arthritique légèrement obèse. Deux ou trois heures après le repas, il a été pris d'une douleur dans le côté droit, et il a eu de suite, ou quelque temps après, des vomissements, d'abord alimentaires, ensuite verdâtres, bilieux.

Le siège de cette douleur est la région hépatique, ou bien l'épigastre, avec irradiations dans la cavité abdominale et à l'épaule droite. On établit nettement le diagnostic de colique hépatique, après avoir éliminé les causes d'erreur, les crises néphrétiques, les coliques de plomb, la crise appendiculaire.

(1) Depuis sa fondation la Faculté Royale de Médecine de Bruxelles a donné le diplôme de docteur en médecine à 192 sujets anglais dont deux canadiens.

Deux cas alors peuvent se présenter :

La douleur est vive, mais supportable ; quelquefois même elle simule seulement des crampes de l'estomac (forme gastralgique).

La piqûre de morphine peut être évitée. On prescrit des suppositoires d'opium et de belladone qu'on formule ainsi :

Extrait de belladone.....	} à 0 g. 02 centigr.
Extrait d'opium.....	
Beurre de cacao.....	Q. S.

Pour un suppositoire n° 4.

On en emploie trois ou quatre, qu'on renouvelle toutes les demi-heures pour les deux premiers, toutes les heures pour les suivants.

On applique en même temps un bon cataplasme de farine de lin laudanisé sur la région du foie, et, grâce à ces moyens, on peut voir la cessation des douleurs.

Les médicaments qu'on administre par la voie stomacale sont presque infailliblement rejetés par les vomissements. Il est donc le plus souvent inutile d'y avoir recours ; pourtant, si les vomissements sont violents et durent trop longtemps, on prescrit l'eau chloroformée, le sirop d'éther (Lemoine), qui est en même temps un bon antispasmodique, ou bien la potion de Rivière, qui se compose d'une solution alcaline :

Bicarbonate de soude.....	4 grammes.
Eau distillée.....	100 —
Sirop de sucre.....	30 —

et d'une solution acide :

Acide citrique.....	4 grammes.
Eau distillée.....	100 —
Sirop citrique aromatisé.....	30 —

On fait prendre alternativement une cuillerée d'une solution et de l'autre, tous les quarts d'heure, suivant les besoins. On peut mettre les bouteilles dans de la glace, et on fera prendre au malade des boissons froides, du lait ou une eau alcaline (Vais ou Vichy). Le patient doit boire à petites gorgées.

Nous avons envisagé le cas d'une colique hépatique d'intensité moyenne. Mais il arrive souvent, surtout chez les personnes nerveuses, que la douleur soit excessive. On voit le malade souffrir horriblement, changer de position dans son lit, se promener dans la chambre ; un moment d'accalmie survient, puis de nouveau le paroxysme douloureux se fait ressentir, et on a vu survenir dans certains cas de la lipothymie et la syncope.

L'indication capitale est de supprimer la douleur. En même temps que sur la douleur on agit également sur l'élément spasmodique. Il est certain que la migration du calcul provoque un spasme d'origine réflexe, qui empêche sa marche et l'immobilise sur place, dans les voies biliaires (Lancereaux). L'injection de morphine est le meilleur moyen de dissiper à la fois la douleur et la contracture des voies biliaires. On injecte 5 milligrammes (une demi-seringue de Pravaz) ou 1 centigramme (une seringue) de chlorhydrate de morphine.

(à suivre)

Pronostic de l'angine de poitrine.

Par FR. SAMBERGER.

En se basant sur 73 observations l'auteur fait les conclusions suivantes :

1° L'angine de poitrine est une maladie assez fréquente dans la pratique polyclinique.

2° Les hommes en sont atteints plus souvent (64,4 p. 100) que les femmes (36,5 p. 100).

3° Les personnes dans l'âge avancé en sont atteintes le plus souvent (72,6 p. 100).

4° L'angine de poitrine n'est pas une maladie si grave comme on le juge ordinairement. On y observe très souvent des améliorations et même des guérisons complètes. Chez les malades seulement chez lesquels la maladie est combinée avec une insuffisance aortique on observe la mort subite.

(Sbornik Klinicki. — Rev. neurol.)

CHIRURGIE

Resection bilatérale de la branche périnéale du nerf honteux interne dans la cystite douloureuse.

M. ALBERTIN présente l'observation d'un malade guéri par cette intervention relativement bénigne et qui n'aurait certainement pas échappé à la cystostomie s'il fût entré dans tel autre service.

Ce malade, entré le 1er juin, avait eu deux blennorrhagies à 25 et 38 ans. Il avait eu des mictions douloureuses se répétant de 40 à 50 fois par jour. La température oscillait entre 38 et 39°. Le cathétérisme était douloureux et les lavages vésicaux sans efficacité. M. Albertin venait de lire le mémoire de M. Rochet sur la résection du nerf honteux interne dans les états spasmodiques de l'urètre et du périnée. Il songea à appliquer cette méthode à son malade, et le 23 juin pratiqua la résection d'un segment de la branche périnéale du nerf honteux interne. Dès le lendemain, le malade n'urina plus que deux fois pendant la nuit, ne souffrit plus et se déclara guéri. Le cathétérisme et la vessie n'étant plus douloureux, on put librement sonder, laver, désinfecter.

La théorie d'un fait semblable a besoin d'être étudiée, et il est peut-être difficile de la donner complète immédiatement. En tous cas, il y a là une donnée thérapeutique importante applicable probablement aussi aux prostatiques. L'intervention est délicate, il faut des notions anatomiques précises sur lesquels M. Rochet a donné des renseignements exacts. On a l'avantage par cette méthode de ne pas créer comme dans la cystostomie d'infirmité permanente.

M. CHANDELEUX pense que dans ce cas la taille périnéale et peut-être simplement la dilatation anale aurait donné un résultat utile.

M. ROCHET fait observer que la taille périnéale peut rendre service, car elle incise les nerfs et les muscles de la région ; mais une fois la plaie refermée on peut avoir une récurrence. Il y a lieu de distinguer la section du tronc du nerf honteux interne de celle de sa branche périnéale. Dans le premier cas on peut avoir anesthésie du gland et suspension des érections ; dans le second on évite ces inconvénients. Les anatomistes renseignent assez mal le chirurgien sur l'innervation des muscles du périnée, et M. Rochet a dû faire une étude spéciale de cette question pour arriver à l'intervention utile.

M. OLLIER pratiquait autrefois dans ces cas la taille périnéale avec dilatation large du col vésical et avait des résultats utiles. Il ne voit pas ce que la taille hypogastrique peut avoir de bon en pareille circonstance. On a trop oublié les anciennes méthodes. Il arrivait autrefois que dans les cystites très douloureuses on pratiquait la taille périnéale, espérant trouver un calcul. On n'en trouvait point et les malades n'étaient pas moins guéris. M. Ollier voit dans la préférence accordée actuellement à la taille hypogastrique une question de mode plus que d'utilité réelle.

M. ALBERTIN rappelle que tous les chirurgiens ne se sont pas ralliés à la taille hypogastrique. M. Augageur pratique toujours la taille périnéale dans la cystite douloureuse tuberculeuse ou non. M. Albertin estime que la section norveuse est moins grave qu'une taille.

M. JABOULAY fait observer que la méthode de section du nerf honteux interne appartient à Simpson.

(Société de chirurgie de Lyon).

Des épanchements urinaux d'origine rénale.

Par le Dr. RATTIER (Thèse de Lyon).

L'auteur de cette excellente thèse a étudié la pathogénie des épanchements urinaux d'origine rénale, à propos d'une observation recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, et, en s'appuyant sur de nombreuses observations ; il formule ainsi ses conclusions :

Les épanchements urinaux d'origine rénale ne se produisent qu'à la suite d'une perforation de la paroi des réservoirs qui recueillent l'urine. La rupture du parenchyme seul ne s'accompagne jamais de cette complication.

Cette perforation survient tantôt dans un rein à l'état normal, et dépend alors uniquement de la violence d'un traumatisme, tantôt dans un rein altéré par des lésions pathologiques qui affaiblissent sa résistance ; dans ce dernier cas la perforation est souvent spontanée, le traumatisme jouant seulement le rôle d'une cause adjutive.

L'épanchement se fait tout d'abord dans le tissu cellulaire périnéphrétique, et de là envahit plus ou moins les régions voisines. Il est parfois aigu, rapide, abondant et constitue l'infiltration urinaire proprement dite ; parfois chronique, lent, s'opérant goutte à goutte, et constitue les poches urinaires et les abcès urinaires. La variété de ces épanchements tient à trois conditions :

- 1° Quantité de liquide contenu dans le rein ;
- 2° Dimensions de l'orifice des parois ;
- 3° Etat de la capsule adipeuse environnante.

La nature du liquide épanché diffère suivant son origine. Il peut être :

- a) Purement hématurique (traumatismes du parenchyme rénal seul). Ce groupe est en dehors du sujet de notre thèse ;
- b) Purement urinaire (traumatismes du bassinet seul, ruptures d'hydronephroses, hydronephroses traumatiques) ;
- c) Uro-hématurique (traumatismes simultanés du bassinet et du parenchyme rénal) ;
- d) Uro-purulent (inflammation infectieuse des épanchements précédents, perforations des pyonéphroses).

La destinée ultérieure des épanchements est en raison de la septicité ou de la non-septicité du liquide. Dans le premier cas on a toujours une réaction inflammatoire, à tendance gangreneuse, avec formation d'un abcès périnéphrétique. Dans le second cas, le liquide se résorbe ou s'enkyste. Parmi nos 29 observations relatives aux traumatismes du rein et aux hydronephroses, l'infection secondaire du foyer urinaire est notée 8 fois.

Les abcès urinaires ont une marche envahissante qui se termine naturellement par l'ouverture spontanée à l'extérieur. Souvent la mort survient avant que cette évacuation soit opérée. Sur 9 cas d'épanchements consécutifs aux ruptures d'hydronephroses ou de pyélo-néphrites, et dans lesquels aucune opération n'a été tentée, nous ne relevons pas une seule guérison.

L'ouverture spontanée a lieu d'ordinaire à travers les téguments de la région lombaire. Parfois le pus se fait jour dans une cavité viscérale : le plus souvent dans les bronches ou dans le côlon (nous

en avons rapporté 1 cas) ; rarement dans la plèvre, le péritoine (1 cas), le duodénum (1 cas), l'estomac.

Le seul traitement rationnel des épanchements urinaires est l'incision précoce, le nettoyage de la poche et son drainage régulier. Parfois la néphrectomie s'impose.

La statistique de nos observations donne les résultats suivants :

Ruptures traumatiques : 6 fois on a ponctionné (4 guérisons, 2 morts) ; 3 fois on a fait une incision seule (1 guérison, 2 morts) ; 3 fois on a pratiqué la néphrectomie (2 guérisons, 1 mort).

Ruptures d'hydronephroses : 2 fois on a fait une incision seule (1 guérison, 1 mort) ; 4 fois on a pratiqué la néphrectomie (4 guérisons).

Ruptures de pyonéphroses : 3 fois on a fait une incision seule (2 guérisons, 1 mort) ; 4 fois on a appliqué la néphrectomie (3 guérisons, 1 mort).

En résumé, l'incision seule a donné 4 guérisons et 4 morts ; la néphrectomie 9 guérisons et 2 morts.

Ajoutons que l'évacuation du pus par l'intervention chirurgicale a été suivie (6 fois sur 17) d'une fistule urinaire persistante (ces cas se rapportent tous à des hydro- ou pyonéphroses), et que 2 fois sur ces 6 cas la fistule a été l'indication d'opérer la néphrectomie.

(Lyon médical).

Extirpation du membre inférieur entier avec l'os coxal correspondant (articulatio inter-ileo-abdominalis).

Par E.-O. SALICHTCHEV (Vratch).

Salichtchev vient d'avoir l'occasion de pratiquer avec succès cette opération, exécutée pour la première fois par Jaboulay et depuis par Girard, Bardenheuer et Cacciopoli.

Le malade, âgé de 38 ans, antérieurement alcoolique, avait joui cependant jusqu'ici d'une bonne santé. La tumeur embrassait la région coxo-fémorale droite, qui avait 97 centimètres de tour à droite contre 46 à gauche. Au palper, et même à la vue, on voyait que la tumeur s'élevait au-dessus de l'os coxal jusqu'au niveau et même un peu au-dessus de l'ombilic ; elle remplissait la fosse iliaque et s'étendait jusqu'au pubis. Le fémur était pris dans sa moitié supérieure et interne. Diagnostic : ostéo-sarcome coxo-fémoral.

Opération le 6 décembre 1898. Incision en raquette. La queue part de l'extrémité antérieure de la 12e côte, marche parallèlement à la crête iliaque et se bifurque au-dessus du milieu de celle-ci. La branche antérieure descend alors parallèlement au ligament de Poupert, contourne la face interne de la cuisse au niveau du pli génito-crural, et descend le long des branches du pubis et de l'ischion. La branche postérieure décrit une courbe convexe en avant, allant du point de bifurcation jusqu'à l'ischion où elle rejoint l'antérieure.

Dans un premier temps opératoire, incision au niveau de la queue et de la moitié antérieure de la raquette, et ligature des vaisseaux antérieurs primitifs à 3 centimètres au-dessus de la bifurcation de l'aorte ; plus bas, les vaisseaux se confondaient avec le néoplasme. On décolle ensuite le péritoine, le droit antérieur de l'abdomen, le ligament suspenseur de la verge, l'ischio-caverneux, l'aponévrose périnéale et le releveur de l'anus. Cela fait, section de la symphyse, donnant un écart de 5 centimètres. On détache alors les muscles de la crête iliaque ; section du psoas, des nerfs cruraux, ligature et section des vaisseaux obturateurs internes, du nerf et des vaisseaux sciatiques. Finalement, attaque du ligament antérieur de la symphyse sacro-iliaque : le bassin achève de s'ouvrir et l'on peut sectionner le ligament interosseux, le postérieur, et finalement couper d'arrière en avant les muscles qui matelassèrent le lambeau postérieur. Suture des fessiers et sacro-lombaire au droit antérieur. Drainage. Durée : une heure et quart.

Suites simples, à part un peu d'élévation de température, quelques vomissements et un peu de suppuration, ayant amené la déhiscence des lambeaux et nécessité ultérieurement quelques greffes de Thiersch. Avec l'auteur, nous pensons que ce procédé est jusqu'ici le mieux réglé ; il emprunte à Jaboulay la ligature immédiate des vaisseaux iliaques et il laisse surtout de côté la méthode longue et brutale de Bardenheuer (désarticulation de la hanche, puis ouverture violente du bassin après section du pubis).

Le malade sortit guéri le 23 mars 1899. Les fonctions urinaires, digestives et génitales ne souffrirent en aucune manière. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un sarcome médullaire de l'os coxal ayant envahi le fémur seulement à sa surface ; l'épiphyse inférieure de cet os était pourtant décollée, bien que saine. Quatre belles photographies complètent la communication du professeur Salichtchev.

(Gaz. des hôpitaux.)

OBSTÉTRIQUE

Le rapport du corps thyroïde avec la grossesse.

(LANG).

On sait que chez nombre de femmes enceintes, le corps thyroïde subit une augmentation de volume qui disparaît progressivement après l'accouchement. L'auteur a examiné un grand nombre de femmes enceintes et de femmes récemment accouchées. Il conclut à la constance d'une augmentation thyroïdienne, qui disparaît pendant les suites des couches. Cette hypertrophie n'est pas sensible, pendant les trois premiers mois. Elle se montre rarement au quatrième mois et apparaît, en général, au cinquième mois chez les multipares, au sixième mois chez les primipares. Chez plusieurs femmes, l'auteur a examiné le corps thyroïde dans des grossesses successives. Il a observé que l'hypertrophie était plus précoce chez les multipares. Il a observé aussi chez certaines femmes, pendant leur grossesse respective, que c'était toujours le même lobe glandulaire qui était atteint. Tout goître antérieur à la grossesse, augmente pendant celle-ci, sauf si le goître est kystique. L'hypertrophie thyroïdienne disparaît dans les suites de couches, en subissant une forte diminution de volume vers le septième jour. La lactation n'a aucune influence sur le goître gravidique. Cette augmentation de volume du corps thyroïde est due à une véritable hyperplasie, causée par l'action spécifique, qu'exercent sur la glande les produits toxiques élaborés par l'organisme, pendant la grossesse. La thyroïdine et l'iodothyryne administrées aux malades, ont donné une amélioration très notable en cinq à sept jours, et la guérison survenait au bout de quinze jours. La plupart des femmes, qui ne présentaient aucune augmentation de volume du corps thyroïde avaient de l'albuminurie. L'auteur a fait des expériences sur les chats pour établir les rapports entre les lésions rénales et le corps thyroïde. Les chattes non pleines, auxquelles on enlevait les $\frac{4}{5}$ du corps thyroïde, restaient indemnes, alors que les chattes pleines, tombaient malades et présentaient une dégénérescence graisseuse des tubes contournés des reins.

(Le médecin.)

Maladies nerveuses

Hémi-hyperesthésie névro-musculaire (syndrome de Weil) avec transfert.

Par L. JACQUET.

Weil, en 1893, a signalé chez les tuberculeux la douleur systé-

matisée des muscles, des articulations et des os ; Jacquet signala plus tard celle des troncs nerveux qui commande la première. Ce n'est pas seulement dans la phthisie que l'on rencontre ce syndrome, il peut se montrer au cours d'autres états et être susceptible d'un transfert sous l'influence d'une irritation localisée au côté non hyperesthésié. L'auteur a pu observer deux malades dont les cas sont particulièrement intéressants : chez le premier le syndrome de Weil, net à gauche, se transféra à droite sous l'influence d'une orchididymite droite ; chez le second, le syndrome évident à gauche, fut également transféré à droite sous l'influence d'un foyer de broncho-pneumonie siégeant dans l'aisselle droite.

Doit-on dans les cas de ce genre admettre qu'il s'agit d'accidents hystériques ? L'auteur ne le croit pas, il pense plutôt qu'il s'agit de faits d'inhibition. Depuis longtemps Brown-Séquard a montré qu'une irritation quelconque du système nerveux exalte la sensibilité du côté opposé, une irritation ultérieure de ce dernier tire à elle l'hyperesthésie.

(Bull. Soc. Méd. des Hôp. — Rev. neurol.)

Contribution à l'étude médico-légale des imbecilles supérieurs.

Par DEITERS.

L'auteur a surtout en vue les malades atteints de "moral insanity" sur lesquels il est si difficile, aux médecins d'une part, aux juges et au public d'autre part, de s'entendre. Pour lui les fous moraux sont bel et bien des imbecilles chez lesquels l'affaiblissement intellectuel est peu considérable, parfois presque nul et souvent difficile à démontrer. Cette imbecilité ne correspond pas toujours à ce que le public entend par ce mot et elle doit parfois être diagnostiquée par le médecin chez des personnes qui passent pour des gens de talent, et même pour des génies. D'autre part, les caractères que présentent certains fous moraux correspondent parfois trait pour trait aux particularités qui, pour l'école lombrosienne, caractérisent le criminel-né.

DEITERS rapporte avec détails l'histoire de trois jeunes gens qui ont mené pendant plusieurs années une vie de vagabondage et d'escroquerie, recommençant constamment le même genre de vie aussitôt qu'ils le pouvaient. Tous trois présentaient la même instabilité, la même répulsion pour un travail régulier, la même tendance aux déplacements continus, au mensonge et au vol ; ils apportaient la même passion à satisfaire tous les désirs du moment sans souci des suites possibles. De plus ils étaient privés de tous sentiments moraux, n'éprouvant ni affection, ni amour pour personne, aucun sentiment de culpabilité, aucun regard, aucune honte, aucun remords.

Au point de vue intellectuel l'un d'eux était manifestement faible de sorte que son irresponsabilité fut sans difficulté reconnue par les juges. Un des deux autres était très intelligent, et comme il n'était âgé que de 15 ans on pouvait mettre sur le compte de son jeune âge son irréflexion et son insouciance de l'avenir de sorte que si l'examen médico-légal avait été nécessaire il eut été inutile d'essayer de convaincre le tribunal que l'on se trouvait en présence d'un malade.

Le troisième personnage occupait une place intermédiaire car ses facultés intellectuelles n'étaient que peu diminuées. A première vue même il pouvait passer pour un homme extraordinairement bien doué, mais cette illusion n'était produite que par sa faconde. Après avoir fait plus amplement connaissance avec lui, on constatait dans ses conversations et dans ses nombreux écrits le retour continu des mêmes pensées et des mêmes phrases. Quand on le plaçait en face d'un nouveau sujet il retombait toujours dans sa phraséologie accoutumée. Son champ intellectuel est très restreint et on n'y observe presque rien d'original, presque rien qui soit pro-

duit par la réflexion ; il se contente d'utiliser adroitement des phrases toutes faites. A cela s'ajoute fréquemment l'instabilité manifeste et la marche désordonnée de sa pensée : il aborde dans sa conversation tous les sujets et si on le laissait aller il continuerait indéfiniment son bavardage, tanné que la moindre observation le fait dévier et le lance sur une nouvelle piste. L'in vraisemblance de toutes ses narrations, les grandes divergences qui se remarquent dans les différents récits des mêmes événements proviennent principalement, mais pas exclusivement, du désir de tromper, car elles sont dues en partie à l'infidélité de sa mémoire et à la vivacité de son imagination qui lui rend difficile la différenciation de la réalité et de la fantaisie.

Cliniquement ce malade est un imbécile. Il a commis des délits par suite de son organisation psychique défectueuse et aucune punition n'est capable de le corriger ; au point de vue psychologique il est inutile de le punir, car il n'a aucun sentiment de culpabilité et dans la peine il ne verra pas une expiation mais une injustice ; la société n'a d'ailleurs rien à gagner à sa condamnation, car après l'injustice de sa peine il sera tout aussi dangereux qu'auparavant : la seule chose raisonnable à faire serait de le rendre définitivement inoffensif.

Mais en pratique la question est de savoir s'il se trouve dans l'état exigé par la législation pour être déclaré irresponsable et l'auteur se demande si réellement ce ne serait pas trop élargir le sens de la loi que de considérer le malade comme atteint " d'un trouble pathologique des facultés mentales " le privant de sa liberté.

Deiters dans son rapport a cependant conclu dans ce sens, mais il ne sait pas encore si ses conclusions ont été admises par les juges. Que doit-on faire de semblables individus ? La prison, dont il n'est pas toujours possible de les sauver, ne leur convient vraiment pas, car ils en sortent plus mauvais qu'ils n'y étaient entrés. On ne peut pas les laisser en liberté et ils ne sont pas à leur place non plus à l'asile d'aliénés non plus qu'à la maison de correction.

Deiters croit que dans leur enfance une éducation appropriée dans des établissements spéciaux pourrait peut-être les améliorer un peu et prévenir jusqu'à un certain point les mauvais effets de leur absence totale de sens moral. Pour plus tard il serait à désirer qu'ils fussent astreints à un travail régulier dans des maisons où règnerait une discipline un peu plus sévère que dans les asiles d'aliénés. En ce qui concerne l'interdiction de semblables malades pour cause d'imbécillité, le rôle du médecin légiste est beaucoup plus facile et ses conclusions sont plus facilement acceptées par le tribunal.

De plus le nouveau code civil de l'empire allemand a réalisé une grande amélioration en cette matière. Il proclame que l'on peut interdire une personne quand une maladie mentale ou la faiblesse de son intelligence la rend incapable de soigner ses intérêts et il ne subordonne plus l'autorisation de l'interdiction à la constatation de certaines formes déterminées de maladies mentales.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. — Bull. de méd. ment. de Belgique).

L'état du facial supérieur et du moteur oculaire commun dans l'hémiplégie organique.

Par CH. MIRALLIÉ.

Les classiques sont unanimes à considérer l'intégrité du facial supérieur dans l'hémiplégie organique comme un fait incontestable. Depuis quelque temps, différents auteurs ont montré que cette opinion était trop absolue. Mirallié apporte à son tour des documents qui tendent à renverser ce véritable " dogme ". De sa statistique faite avec grand soin et portant sur 30 hémiplégiques atteints d'une lésion organique, il conclut que " dans toute hémiplégie d'origine

cérébrale, la paralysie du facial supérieur est de règle toutes les fois que le facial inférieur est lui-même paralysé " ; elle est, il est vrai, moins marquée que celle du facial inférieur, moins intense que celle de la paralysie périphérique. Pour reconnaître cette paralysie, il faut savoir la rechercher avec soin : pour se rendre compte de différences peu sensibles avec le côté sain, il faut examiner le malade en prenant des points de repère. L'auteur a choisi l'angle inféro-externe de la base de l'orbite : il est toujours facile à palper. Une fois ce point fixé avec l'index sur l'angle externe de chaque orbite, il est possible de s'apercevoir de la moindre différence dans la position des sourcils. Enfin, l'étude de l'étendue, de la rapidité du mouvement de la paupière a une certaine valeur. En ce qui concerne la fermeture isolée d'un œil, celle-ci est beaucoup plus fréquemment difficile chez les hémiplégiques que chez les individus sains. On constate souvent un rétrécissement de la fente palpébrale du côté paralysé : celui-ci ne peut s'expliquer que par la participation du moteur oculaire commun à la paralysie. Comment concevoir cette intégrité relative du facial supérieur et surtout du moteur oculaire commun ; elle n'est point le résultat d'une disposition anatomique, mais elle est la conséquence de l'action synergique de ces nerfs. Il semble que le centre cortical du facial supérieur soit très voisin de celui du facial inférieur et que ce centre du facial supérieur soit, aussi bien que celui du releveur de la paupière supérieure, placé dans la zone psycho-motrice.

(Arch. de neurol. — Rev. neurol.)

De l'asynergie cérébelleuse.

Par J. BABINSKI.

Les lésions cérébelleuses sont capables de provoquer dans le domaine de la motilité, outre leurs symptômes classiques, la titubation, le tremblement intentionnel, des phénomènes encore non décrits qui peuvent contribuer à établir le diagnostic.

Voici un malade atteint d'une lésion bulbo protubérantielle, qui présente une attitude toute spéciale ; pendant qu'il cherche à marcher, la partie supérieure du corps ne suit pas le mouvement des membres inférieurs et reste en arrière.

Pour bien comprendre la signification de ce phénomène, il est utile d'analyser au préalable l'acte complexe de la marche chez l'individu sain. Cet acte se compose de mouvements synergiques des divers segments du membre inférieur, comme l'a montré Duchenne, de Boulogne, et de plus d'un mouvement d'inclinaison du tronc en avant qui s'associe à la propulsion du membre inférieur.

Ce mouvement associé d'inclinaison du tronc en avant peut faire défaut, soit par suite d'une paralysie des muscles qui doivent l'exécuter, soit en raison d'une perturbation dans la faculté d'association des mouvements.

C'est à cette perturbation, à de l'asynergie qu'il faut attribuer chez ce sujet le phénomène qui nous occupe, puisqu'il n'est pas atteint de paralysie des muscles du tronc.

Chez une femme ayant les manifestations d'un néoplasme intracrânien, en raison de l'existence de ce même trouble, j'ai porté le diagnostic de tumeur cérébelleuse qui a été confirmé par la nécropsie.

Voici un autre caractère intéressant :

Lorsque le malade, dont il a été d'abord question, étant debout, cherche à porter la tête en arrière et à incliner le tronc dans le même sens en forme d'arc, les membres inférieurs restent presque immobiles et il tombe avant d'avoir fait atteindre au tronc le degré de courbure qu'on peut obtenir à l'état normal sans perdre l'équilibre. Ce phénomène dénote aussi un défaut dans la fonction d'association des mouvements du tronc et des membres inférieurs.

En effet, dans l'acte que nous avons en vue, l'individu normal en même temps qu'il incline la partie supérieure du corps en arrière, fléchit la jambe sur le pied, et la cuisse sur la jambe, et, portant ainsi les genoux en avant, maintient son équilibre.

L'analyse de ces phénomènes et d'autres analogues montre que les troubles de motilité engendrés par une région cérébelleuse dépendant, au moins en partie, de l'asynergie musculaire.

(Soc. de neurol. de Paris).

L'Association des Internes (anciens et actuels) de l'hôpital Notre-Dame.

Reunion du 15 décembre 1899.

Dr. H. M. DUHAMEL, au fauteuil.

Lecture du procès-verbal de la séance précédente, par le secrétaire.

Notions et rapport financier du banquet qui a été une jolie fête intime.

Le Dr. Joyal nous entretient de la *tuberculine* et nous exhibe quelques échantillon de différentes préparations de tuberculine. Le docteur a eu l'occasion de traiter quelques cas de tuberculose par des injections de tuberculine et dit en avoir obtenu de bons résultats. Pour aujourd'hui le Dr. Joyal se contente de remarques générales sur le médicament et son mode d'emploi — mais il s'inscrit pour la deuxième séance de janvier ; il nous rapportera en détail ses observations personnelles.

Ensuite le Dr. Lesage nous entretient d'un cas de *goître exophtalmique aigu* traité par l'extrait de thyroïdine, préparation Parke & Davis. A l'extérieur application de tr. d'iode. En moins d'un mois et demi la guérison était complète et ce à sa grande surprise, car ce traitement avait été employé plutôt à titre de curiosité pure et simple, le Dr. Lesage n'y avait jamais eu une confiance bien grande.

Le Dr. Boulet relate un cas d'exophtalmie sans goître qu'il a eu l'occasion de traiter par la thyroïdine lui aussi, mais chez lequel il a en même temps employé l'hydrothérapie. Au début le pouls était à 140 pulsations à la minute ; il y avait tachycardie, etc., enfin la jeune patiente présentait de mauvais symptômes.

Après l'emploi de la thyroïdine et un séjour au bord de la mer où sa patiente a pu se soumettre à l'hydrothérapie, les symptômes ont complètement disparu à l'exception de son pouls qui a toujours continué à battre de 100 à 110 pulsations, mais cela semblait normal chez elle.

Le Dr. Duhamel dit avoir rencontré un jour un cas de goître exophtalmique considérable chez une religieuse tertiaire, à la suite d'un traumatisme. Il prescrit le bromure de strontium. Peu après le docteur laisse le pays pour deux ans. A son retour, la patiente se présente de nouveau à lui parfaitement guérie et lui déclare n'avoir suivi aucun autre traitement. Chez un autre sujet il y a eu apparition subite d'exophtalmie à la suite d'un excès alcoolique. Tout est rentré dans l'ordre après quelques jours.

Le docteur nous rapporte ensuite un cas de *corps étranger du nez*. Un jeune enfant se présente à la Clinique nationale. Après toilette et examen, le docteur constate la présence d'un objet brillant enfoui en dessous du cornet inférieur qu'il ne peut réussir à extraire par les tractions simples. Alors notre confrère ayant saisi l'objet avec une paire de forceps agit comme s'il avait affaire à une vis et l'idée a été lumineuse, le corps étranger est venu docilement et le docteur reconnut une vis d'environ un pouce en longueur. Les deux autres cas rapportés sont ceux d'un homme à qui l'on avait

introduit un bout de cigare dans le but de le soulager. L'autre s'était introduit une guénille dans la narine gauche.

Le Dr. Hébert nous fait part que le malade souffrant de pleurésie déjà amené devant les membres de la société a été ponctionné de nouveau et l'on a retiré deux litres de liquide.

Le Dr. Joyal a traité dernièrement un cas de *sypkilis* ayant débuté par un chancre de la gorge.

REVUE DES LIVRES

CHIRURGIE DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES ; par J. PANTALONI (de Marseille). Paris, *Institut de Bibliographie*, 1899, in-8°, 348 Fig., 600 p. — Prix : 18 Francs.

Ce volume est consacré à l'étude de toutes les opérations qui ont été pratiquées sur le FOIE, envisagé comme organe spécial et comme appareil biliaire. C'est un traité didactique, relatif exclusivement aux questions de MÉDECINE OPÉRATOIRE hépatique, à l'encontre de tout ce qui avait été tenté jusqu'à présent. Tous les auteurs, qui ont précédé l'auteur dans cette voie, ont, en effet, mélangé à dessein la pathologie chirurgicale avec la description des interventions imaginées pour remédier aux affections décrites, ou plutôt laissé ces dernières tout à fait au second plan. Suivant l'exemple donné par M. le Pr. TERRIER, et imitant ses amis, M. le Pr. JEANNEL (Toulouse), et de M. le Dr. H. DELAGÉNIÈRE (Le Mans). M. le Dr. J. PANTALONI, le chirurgien bien connu de Marseille, s'est efforcé de réunir, dans ce volume, toutes les données que l'on possède aujourd'hui sur la CHIRURGIE HÉPATIQUE.

En lisant avec attention les paragraphes où sont discutées les indications de chaque méthode opératoire, les médecins se feront une idée très nette de ce qui a été tenté et posséderont des notions précises sur les guérisons constatées. Jugeant ainsi en dernier ressort, ils pourront voir que, depuis vingt ans, la chirurgie hépatique a singulièrement marché ! Convaincus à leur tour, ils ne laisseront plus leurs malades parvenir au dernier degré de la cachexie, avant de songer aux bénéfices qu'une opération bien menée peut leur procurer.

C'est un excellent ouvrage que nous conseillons fortement à tous nos chirurgiens.

LA TUBERCULOSE EST CURABLE. — Moyens de la reconnaître et de la guérir. Instructions pratiques à l'usage des familles, par le Dr. ELISÉE RIBARD, membre du conseil d'hygiène du XVII^e arrondissement, attaché au service des tuberculeux à l'hôpital Boucicaut, avec préface du docteur MAURICE LETULLE, professeur agrégé, médecin en chef de l'hôpital Boucicaut. — (1 vol. in-8 couronné de 170 pages avec 14 figures dont une en couleur et planches hors texte. Broché : 2 frs. Georges Carre et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris).

FORMULAIRE

TRANSPIRATION DES TUBERCULEUX. — *Siefert*.

Agaricine.....	8 grains.
Poudre de Dover.....	2 drachmes.
Poudre de guimauve } Mucilage }	de chacun..... 1 drachme.

M. Diviser en cent pilules.

Dose : De 1 à 2 pilules.

(*Reforma medica.*)

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
La Faculté de médecine de Bruxelles, Dr. Jéhin-Prume (suite). — Coq-à-l'âne médicaux.....	241
REVUE DES JOURNAUX	
MÉMOIRE : La colique hépatique, par M. C. Bacaloglu (suite).....	243
CHIRURGIE : Traitement par l'électrolyse des rétrécissements en général, par M. Bordier, de Lyon, rapporteur. — Sur les infections coli-bacillaires en chirurgie, par M. Vautrin. — Du mycosis bénin de l'arrière-gorge, par M. Marcel Natier.	244
OBSTÉTRIQUE : Des indications et des conditions dans lesquelles on peut faire la version par manœuvres internes, par M. Maygrier.....	245
GYNÉCOLOGIE : Tumeurs kystiques de l'utérus.....	246
PÉDIATRIE : Un traitement hygiénique de l'incontinence nocturne d'urine.....	247
THÉRAPEUTIQUE : Trois cas de charbon de l'homme guéris par le sérum Sclavo, par Faduel et Daddi, de Florence. — Traitement de l'acné. — Eau chloroformée dans la gastro-entérite des enfants. — Epilepsie et bromure de strontium.	247
FORMULAIRE.....	248

Travaux Originaux

La Faculté Royale de Médecine de Bruxelles

Dr. JÉHIN-PRUME.

(Suite)

II

Les médecins canadiens, qu'ils soient de langue anglaise ou de langue française, vont en Europe puiser la grande étude clinique, qui, ici, n'est pas encore aussi complète qu'elle le sera probablement un jour. En attendant, il nous faut traverser l'ancien monde et nombreux sont ceux qui vont demander à ses centres médicaux ce qui nous manque chez nous.

Les Anglais vont en Angleterre, en Ecosse, les Canadiens-français en France, à Paris ou à Lille. La raison de cette préférence est tout d'abord une question de patriotisme, du reste très légitime, puis une question de langue. Beaucoup aimeraient à aller en Allemagne, en Autriche, mais ils sont arrêtés par l'impossibilité qu'ils ont de parler l'allemand. Plus même, beaucoup de Canadiens-français ne parlent pas suffisamment l'anglais pour étudier avec profit à Londres ou Edimbourg, et plus encore de Canadiens-anglais ne comprennent un seul mot de français.

En laissant de côté nos compatriotes de langue anglaise, pour nous occuper que des Français, nous voyons que la majorité d'entre nous qui vont en Europe, c'est non pour y faire un cours d'étude complet, mais pour y prendre les connaissances cliniques nécessaires à nos luttes journalières.

Or, ces connaissances nous ne pouvons les acquérir que dans de grands centres pourvus d'hôpitaux et de cliniques de premier

ordre. Et qui plus est, nous nous rendrons auprès de ces maîtres qui sont comme les lumières de la science moderne, et qui sauront faire pénétrer en nous quelques parcelles de leur grand savoir.

Des grands maîtres, il y en a dans tous les pays, car la science médicale n'est pas un propre aux Français, aux Anglais ou aux Allemands, mais appartient au monde tout entier. Il est incontestable qu'il existe des pays plus avancés les uns que les autres, mais si on me demandait : " Dans quel pays est le plus grand chirurgien, le plus grand médecin ou le plus grand spécialiste ? " Je vous avoue franchement que je resterais fort perplexe. Je sais bien qu'un grand nombre de Français diront : *C'est chez nous !* Des Anglais fanatiques crieraient : *Venez dans notre pays !* Et beaucoup d'Allemands ultra-chauvins vous diraient : " *Il n'y a pas à hésiter, c'est en Allemagne.* "

Les gens sensés diront certes puisque vous ne parlez d'autre langue que le français allez à Paris. Car Paris est le grand centre médical par excellence et si on trouve des écoles aussi bonnes que les siennes, en n'en trouve certainement pas de meilleures. Cependant quand vous aurez passé deux ou trois ans à Paris, allez voir ce qui se fait ailleurs ; allez à Vienne, à Berlin, à Londres. Mais le *hic*, c'est l'allemand, c'est l'anglais que nous ne parlons pas... et... la finance qui n'est pas toujours conciliable.

C'est malheureux, car si l'éducation médicale que vous puiserez à Paris ou ailleurs est une des premières du monde, comme il serait utile au complément de vos connaissances d'avoir une idée de ce qui se fait ailleurs.

Cette idée vient naturellement à tout le monde et les grands médecins français qui sont les moins chauvins peut-être parce qu'ils sont les plus complets, le comprennent si bien qu'ils vont eux-mêmes étudier les méthodes et pratiques de leurs illustres voisins. Exemple, le travail du Dr. Lermoyez sur la Faculté de médecine de Vienne.

Ce que peu de médecins et étudiants canadiens connaissent, c'est que leurs études de Paris étant terminées, ils peuvent, à deux pas de Paris, trouver une Faculté de médecine leur offrant dans notre bonne vieille langue française, les méthodes et pratiques d'Allemagne, d'Autriche et d'Angleterre. Car à Bruxelles on a une Faculté présentant un véritable *compendium* de tout ce qui se fait ailleurs. Le Belge tout à la fois de race gauloise, française et germanique, possède l'entrain, la vivacité propres à certaines, et la profondeur de jugement de quelques autres. C'est pourquoi le professeur belge, excellent observateur, ne s'arrêtera pas à un principe, à un mode définitif avant d'avoir établi par l'expérience personnelle et les voyages d'études, que ce principe, ce mode sont réellement exact. Ici, aucun chauvinisme, aucune tolérance. On rend au monde entier ce qu'il y a de bon, on laisse aux *écoles particulières* les routines et certains traitements aussi extraordinaires que peu positifs. Ce règlement est d'autant vrai qu'il est encouragé par le gouvernement qui donne chaque année un certain nombre de bourses, à ceux de ses élèves ayant passé les meilleurs examens. Ces bourses sont destinées à envoyer ces jeunes médecins étudier à l'étranger et à y observer ce qui s'y pratique. C'est généralement au milieu de cette jeunesse d'élite que se recrute chaque jour, le corps professoral de la Faculté royale de médecine de Bruxelles.

Comme nous l'avons vu, l'éducation qu'on reçoit à Bruxelles est complète. Les cliniques nombreuses et les professeurs se font un réel plaisir de recevoir les étrangers qui désirent y suivre des cours. Telle est du moins mon expérience. Car dans tous les hôpitaux belges que j'ai visités, j'ai été cordialement reçu.

J'ai dit qu'à Bruxelles on n'avait pas d'école spéciale, on y rencontre les méthodes allemandes, françaises et anglaises. Les différents chirurgiens et cliniciens se font un devoir d'énumérer les diverses méthodes, sans impartialité, et d'appliquer celle qui est la meilleure pour l'état ou la constitution du sujet. C'est ainsi que suivant les malades on emploiera une méthode, plutôt qu'une autre, et ainsi l'élève pourra voir l'application et les résultats de chacune d'elles. Il pourra donc faire une étude comparée qui lui sera des plus profitable.

Cependant, l'école qui domine à Bruxelles est l'école allemande et c'est justement là que le médecin canadien puisera les plus grands profits, puisqu'il pourra apprendre en français ce qu'il lui eût été impossible de comprendre à Berlin ou à Vienne.

Maintenant un mot de la vie matérielle à Bruxelles. Dans peu de villes européennes on peut vivre à aussi bon marché que dans la capitale belge, pour cent francs par mois (\$19.60) un étudiant peut avoir une excellente pension et cela non loin du centre de la ville, chambre bien meublée et excellente table. J'ai connu des étudiants vivant dans une hôtel de la rue de la Violette, et arrière de l'Hôtel de Ville, c'est-à-dire en plein cœur de la cité, et dépensant comme suit : chambre et déjeuner du matin \$10. (pour le mois), diners et souper \$9.00, ce qui fait \$19. par mois. Dans un hôtel de la rue du Chêne \$16.00 par mois pour une bonne chambre et la pension. Avec ce qui précède on peut conclure qu'avec cent francs pour le logis et pension un étudiant peut être très confortable.

Quant aux plaisirs ils ne manquent pas à Bruxelles et pour quelques sous on s'amuse autant que l'on désire.

Les marseillais disent, si Paris avait une canebière, Paris serait un petit Marseille. A Paris, on dit : Bruxelles, mais c'est un faubourg de Paris. Oui, un faubourg où l'on trouve les mêmes plaisirs, les mêmes distractions que dans la grande capitale française.

Par elle-même la ville de Bruxelles est des plus pittoresque, pas de ces rues droites et monotones, mais à tout instant la vue change, la renaissance flamande y brille dans toute sa splendeur, et la place de l'Hôtel-de-Ville, unique au monde, nous transporte dans les siècles passés. Les monuments y sont nombreux, les églises superbes, les squares, les parcs des plus beaux. Les boulevards y sont des plus parisiens, c'est le même mouvement, le même fouilli de badauds, de marchands, un va-et-vient continu de peuple, qui ne se dissipe qu'à une heure avancée dans la nuit. Les cafés sont peut-être les plus beaux qui existent, nous ne citerons, qu'à titre de curiosité, que le nom du " Métropole " qui est une merveille dans son genre.

Au point de vue purement artistique, Bruxelles offre à côté des musées qui sont très nombreux, nous avons nombre de théâtres de premier ordre, concerts, orchestres, où l'étudiant, après ses heures d'études, peut aller chercher une récréation instructive.

La ville de Bruxelles offre donc par elle-même un attrait qui ne doit pas manquer d'attirer les étrangers. Aussi, je le répète, le médecin canadien, son séjour en France étant terminé, devrait s'y arrêter quelques semaines.

Pas plus qu'aucun de nous je ne me doutais de la valeur réelle de la Faculté médicale de Bruxelles, ce fut pour moi une révélation et aujourd'hui je suis trop heureux de pouvoir donner à mes collègues l'occasion de connaître ce qui sera bientôt pour eux, je l'espère, un nouveau champ d'études, un nouvelle sphère d'observation.

Encore une fois, je serais toujours heureux de donner tous les renseignements désirables sur Bruxelles et son Ecole médicale.

Décembre 1899.

15, rue Crescent, Montréal.

Coq-à-l'âne médicaux.

Lupus et Rayons X. — Holland aurait guéri deux cas de lupus par des séances de rayons Roentgen ; 17 séances de 15 minutes chacune auraient suffi. Chaque cas a présenté de l'inflammation de la peau avec chute des cheveux et des ongles, mais tout se répara bientôt et la guérison fut permanente.

La myopathie blennorragique. — Le docteur Serval, de Bordeaux, reconnaît à la blennorragie une myalgie et une myosite, degrés d'une même affection. La fatigue, le surmenage, les toxines, les embolies gonococciques en seraient la cause. La chaleur et les pansements boriqués humides en seraient le traitement.

Les microbes et l'eau bénite. — Rien n'est sacré pour les microbes : un médecin de Turin vient de constater que l'eau bénite dans les églises est infestée de germes, souvent pathogènes ; entre autres celui de la tuberculose et de la diphtérie. La Revue d'hygiène croit qu'il serait utile que les bénitiers fussent lavés chaque semaine et le fond énergiquement brossé ; même, ne pourrait-on pas ajouter à l'eau bénite un désinfectant ?

Les confessionnaux. — Ne serait-il pas prudent que les confessionnaux soient aussi soumis à des règlements d'hygiène ? Ils sont un lieu de concentration de toutes espèces de choses. Pendant des heures, les microbes, les odeurs, les saletés, les sept péchés capitaux s'y succèdent, s'y cantonnent. Ainsi la contagion se transmet. Et le dévoué prêtre qui est là, d'heure en heure, de jour en jour ! Est-ce surprenant qu'il soit souvent malade, obligé de se retirer ? Purifions-y le cœur ; protégeons-y le corps. Avis !

Loi de Diday. — Plus la syphilis est récente, plus le produit de conception est vite tué. Rappelons-nous, praticiens, que cette loi est d'application journalière, malheureusement.

Blennorragie et conception. — Tout homme qui se marie avec une blennorragie non guérie commet une faute grave ; et le médecin qui lui permet de convoler en commet une plus grave encore. Et j'entends par non guérie celle qui laisse une trace quelconque " liquide ", de son passage, continue ou intermittente, gonocoques ou pas de gonocoques — à moins d'examen microscopiques *sars*, très suivis et fréquents — celui qui a présenté un écoulement laitieux

depuis six mois au moins, ne doit pas se marier. Un blennorragien qui n'est pas parfaitement guéri infecte à coup sûr sa femme. Et de quelle façon ? De toutes les façons. De l'infection suraiguë avec métrite suraiguë et œdème pelvien, jusqu'à l'infection lente et progressive des organes du bassin. Quand, dans un ménage, une femme n'a eu qu'un enfant au début, dans sa première année, et qu'à la suite elle est stérile et malade, soupçonnez une gleet. Grattez et vous trouverez. Les avortements répétés ; les infections pelviennes répétées vous aideront. Cherchez l'anguille sous roche et vous la découvrirez. C'est si commun ; c'est même banal.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

La collique hépatique.

Par M. C. BACALOGU.

(Suite)

Lancereau n'hésite pas, dans les cas où la douleur n'est pas jugulée par cette dose, à l'augmenter d'un ou même deux centigrammes. Mais il faut toujours tâter la susceptibilité du sujet, et procéder avec prudence, en commençant par une demi-seringue de Pravaz, de la solution au centième :

Chlorhydrate de morphine... 10 centigrammes.
Eau bouillie..... 10 grammes.

On peut employer en même temps une solution qui contient de l'atropine ; de la sorte on empêche l'action vomitive de la morphine :

Chlorhydrate de morphine.... 10 centigrammes.
Sulfate neutre d'atropine..... 10 milligrammes.
Eau botillie..... 20 grammes.

Si le malade présente une tendance syncopale, il faut recourir à l'injection sous-cutanée de caféine :

Caféine..... } àà 2g50 centigr.
Benzoate de soude..... }
Eau bouillie..... 10 grammes.

On a encore employé pour soulager la douleur, les injections sous-cutanées d'antipyrine ; mais elles sont beaucoup moins efficaces que la morphine :

Antipyrine..... 5 grammes.
Eau bouillie..... 10 —

2-4 seringues de Pravaz.

Nous avons déjà parlé de la médication locale ; nous insistons de nouveau sur l'utilité du vieux cataplasme de farine de lin, qui rend bien des services. Il faut qu'il soit très large, bien recouvert d'une couche d'ouate, et d'un morceau de taffeta gommé. On l'applique très chaud, et on le renouvelle toutes les demi-heures. A la campagne, on peut employer pour cette révulsion locale, si on n'a pas de farine de lin sous la main, une brique chaude enveloppée d'un linge, ou bien des serviettes chaudes (Lemoine).

J'ai vu employer avec succès, dans le service de A. Robin, des compresses froides, bien recouvertes de taffetas gommé, et par-des-

sus une large bande de flanelle ; on les renouvelle souvent. Encore un excellent moyen, c'est la fomentation laudanisée (Fernet) : on verse dans de l'eau chaude du laudanum ; on trempe une compresse pliée en quatre, on l'exprime et on l'applique sur la région douloureuse.

Les pommades et les liniments donnent des résultats moins bons. G. Lyon recommande le liniment suivant :

Alcoolat de menthe..... }
Baume de Fioraventi..... } àà 25 grammes.
Glycérine..... }
Chloroforme..... }

Parmi les médicaments employés avec succès il faut mettre en première ligne l'huile d'olive. Ce remède populaire peut être prescrit soit au moment de la crise (200, 300 et même 400 grammes), en une seule fois, soit comme médicament contre l'affection calculieuse. Une fois la crise passée, le malade doit absorber pendant quelques jours 100 grammes d'huile d'olive, le matin à jeun, ou bien le soir avant de se coucher (Chauffard).

Comment agit l'huile d'olive ? On n'en sait absolument rien ; les concrétions graisseuses qu'on retrouve dans les selles après l'administration du médicament, et qui avaient été prises pour des calculs biliaires, ne sont que des produits de décomposition de l'huile (Villejean).

Ce qui est certain, c'est que la crise douloureuse est enrayée par l'ingestion d'huile d'olive.

Il y a encore un excellent moyen qu'on peut employer dans les crises très douloureuses et prolongées : c'est le bain chaud à 35 degrés. On peut le répéter toutes les trois heures jusqu'à la sédation de la souffrance.

La crise douloureuse vient de passer ; le calme renaît comme par enchantement ; pourtant la colique a laissé sa signature : le malade a les urines un peu rouges, urobilanuriques, les conjonctives sont un peu ictériques. C'est le moment d'employer les cholagogues et les antiseptiques intestinaux. Parmi ceux-là, le meilleur est le salicylate de soude, dans la formule suivante :

Benzoate de soude..... 10 grammes.
Salicylate de soude..... 20 —

pour vingt cachets. Deux par jour. (Chauffard.)

Parmi les antiseptiques intestinaux, on peut choisir naphtol B, associé au bicarbonate de soude :

Naphtol B..... 0g50 centigr.
Bicarbonate de soude..... 0g25 —

pour un cachet n° 10 ; deux par jour.

Tout est rentré dans l'ordre ; la teinte subictérique s'efface, l'appétit est bon, il n'y a plus de sensibilité dans le flanc droit.

Alors on doit insister auprès du malade pour qu'il suive un régime convenable. Il faut faire une large part, dans son alimentation, au lait, aux œufs, aux légumes. Eviter les graisses, le gibier, et surtout l'alcool sous toutes ses formes : vins, liqueurs, apéritifs, etc. L'alcool est le poison du foie, de l'estomac ; par la dyspepsie qu'il provoque, il favorise l'infection biliaire et le dépôt des calculs.

Il faut que le malade fasse journallement un exercice modéré, sans arriver jusqu'à la sensation de fatigue. Sa nutrition est languissante ; et le meilleur moyen de l'activer est l'emploi des applications froides, de l'hydrothérapie. Tous les matins, il faut qu'il fasse une friction, sur tout le corps, avec de l'eau à la température de la chambre, aromatisée de vinaigre ou d'eau de Cologne. Ou bien, encore mieux, prendre tous les jours une douche froide, en jet brisé, sur tout le corps excepté la tête, de trente secondes. Il est bon de prescrire un peu d'exercice avant et après la douche.

Enfin il nous reste à dire quelques mots de la cure thermique alcaline, qui donne le plus souvent d'excellents résultats. Il est certain que, dans ces guérisons, il faut faire intervenir le repos au milieu de la belle nature, l'absence des soucis et du surmenage.

En résumé, pour prévenir le retour des accidents lithiasiques, il faut vivre d'une vie active et suivre un régime sévère ; par conséquent rompre avec les habitudes de sédentarité et quelquefois d'intempérance qui ont précédé l'accès de colique hépatique.

(Gazette des hôpitaux).

CHIRURGIE

Traitement par l'électrolyse des rétrécissements en général.

Par M. BORDIER (de Lyon), rapporteur.

La cautérisation produite par l'électrolyse au niveau de la couche de tissu qui est tangente à l'électrode métallique ne peut pas être suivie d'une cicatrice comparable à celle qui aurait fatalement lieu si le mécanisme de l'escharification était autre, si, par exemple, la cautérisation avait été le résultat d'un cautère chimique. La cautérisation électrolytique ne peut être rétractile ; cela ne peut avoir lieu que si l'électrolyse a servi à faire une véritable section de l'anneau du rétrécissement, par une sorte d'uréthrotomie électrolytique ; mais c'est un procédé à rejeter absolument : il faut toujours employer la cautérisation cylindrique.

Pour les rétrécissements de la trompe d'Eustache, le meilleur procédé est celui de Ducloux (de New-York). Pour les rétrécissements du conduit auditif externe, M. Ostmann a essayé avec succès l'électrolyse au moyen d'aiguilles implantées en des points différents de la stricture ; mais il semble qu'il vaudrait mieux essayer de franchir la stricture avec une électrode cylindrique ou ovoïde.

Dans les engorgements du canal lacrymal, on opère de même, mais il est indispensable d'isoler les aiguilles électrodes à leur partie fixée au fil conducteur.

Pour les rétrécissements de l'œsophage, il faut employer une sonde à olive métallique, mais il faut agir avec la plus grande douceur à cause du voisinage d'organes importants.

Dans les rétrécissements du rectum, qui ne sont pas dus à des tumeurs malignes, la technique est très simple. On doit avoir un jeu d'olives de diamètre convenable pouvant se visser à l'extrémité d'un conducteur isolé et auquel peut être fixé le fil de la pile, pôle négatif, comme toujours. On introduit dans le rectum l'olive, qui est supérieure de deux numéros à celle qui peut passer à travers le rétrécissement ; après avoir appliqué cette olive à l'entrée de la stricture, on fait croître le courant peu à peu et sans saccades. Comme ici la surface des tissus en contact avec l'électrode active est relativement grande, l'intensité peut être portée à une valeur élevée, sans que la densité électrique soit bien considérable au niveau du rétrécissement. On donne au courant une valeur de 20 à 25 milliamp. et l'on fait durer l'électrolyse pendant 15 à 20 minutes, pendant que l'olive est poussée dans le rétrécissement et maintenue en contact avec les tissus qui le constituent ; cette séance peut être renouvelée tous les quatre jours et il n'est besoin d'aucun anesthésique.

Dans les rétrécissements de l'urètre, il faut absolument rejeter le procédé de section brusque, par uné sorte de couteau électrolytique. Il faut employer la méthode lente, utilisée d'abord par Tripiet et Mallez, mais véritablement créée par Newman.

Les résultats éloignés du traitement des rétrécissements de l'urètre par la méthode lente sont excellents : les statistiques de Newman et de Lynck le prouvent ; d'une observation de Bishop, il résulte ce fait, que le raisonnement faisait prévoir, qu'alors que

sur le même malade deux rétrécissements avaient été opérés, l'un par l'électrolyse linéaire, l'autre par l'électrolyse cylindrique, le premier rétrécissement se reproduisit et le second resta complètement guéri. Les effets tertiaires empêchent la formation de tissu cicatriciel ; c'est ce que l'auteur a observé dans un travail fait avec M. Paviot, en électrolysant le canal de l'urètre d'un chien. 40 jours après l'opération, il n'y avait pas de tissu cicatriciel et il n'y avait aucune tendance à sa formation.

Chez la femme, les rétrécissements de l'urètre passent souvent inaperçus ; mais, néanmoins, quand on les aura décelés, il faudra les traiter par les mêmes procédés d'électrolyse cylindrique.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Sur les infections coli-bacillaires en chirurgie.

Par M. VAUTRIN (Soc. de méd. de Nancy).

Pour établir l'histoire clinique et anatomo-pathologique de la coli-bacillose, il faudrait saisir le bacille d'Escherich seul à l'œuvre et observer l'infection pure au lieu des infections mixtes. J'ai pu réunir 3 observations de ce genre qui vont me servir à dégager le type clinique de la coli-bacillose chirurgicale.

Ces observations ont trait à 3 malades opérées de fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale et 1895. Toutes trois ont été victimes d'infection pure par le coli-bacille. La cause de l'infection me paraît avoir été une canule à injection commune qui servait à l'infirmière pour plusieurs malades du service, entre autres pour une femme atteinte d'un épithéliome ulcéré et inopérable du col utérin. C'est donc par la plaie vaginale que se serait opérée l'infection chez nos trois opérées.

Je ne donnerai pas le détail des 3 observations qui sont toutes superposables, tant les phénomènes cliniques se ressemblent, aussi bien d'ailleurs que les caractères relevés à l'autopsie.

D'après la comparaison de ces trois faits, on peut dire que la coli-bacillose, en tant que complication post-opératoire, présente les caractères suivants :

Analogie avec l'état typhique. Etat général mauvais, faciès terreux, yeux excavés, fièvre au moment de l'infection, caractérisée par une élévation de température et un pouls fréquent. — Abaissement de la température et du pouls dans la suite. Ballonnement du ventre et symptômes péritonéaux ; vomissements, diarrhée. Ces phénomènes abdominaux disparaissent généralement après quelques jours, puis le ventre semble rétracté.

Prostration et enfin colapsus.

Hypothermie dans les derniers jours, en même temps que le pouls devient mou, petit, dépressible.

Refus de nourriture dans les derniers temps. Euphorie.

La quantité d'urine diminue progressivement. Pyurie, puis anurie terminale.

L'affection peut durer de une à deux semaines.

Au point de vue bactériologique, l'analyse du liquide péritonéal et du sang pris dans la veine basilique pendant la vie montre l'existence du coli-bacille pur. Après la mort, on trouve le même coli-bacille à l'état virulent dans le suc hépatique, le liquide vésical et dans le sang.

Au point de vue anatomo-pathologique, intégrité du péritoine, congestion généralisée de l'intestin grêle, avec points ecchymotiques répartis sur la muqueuse d'une façon plus ou moins confluyente suivant la région.

La congestion augmente à mesure qu'on se rapproche du gros intestin. Les plaques de Peyer sont congestionnées et font tache, sans saillie très appréciable. Il existe parfois des ulcérations développées sur les plaques de Peyer.

Dans le gros intestin, sur le cœcum, on trouve des plaques de

congestion et des ulcérations plus ou moins rapprochées. Le reste du gros intestin est congestionné, surtout à ses deux extrémités.

Le duodénum porte des plaques rouges ecchymotiques entre les replis valvulaires.

L'estomac offre de petites ecchymoses sous-muqueuses, répandues sur toute la surface de l'estomac et surtout dans le grand cul-de-sac.

L'œsophage présente de la congestion, surtout dans sa partie inférieure.

Les poumons offrent les lésions, de la congestion ou de la broncho-pneumonie.

La rate est normale ou tuméfiée.

Les reins sont altérés. Il existe de la pyélo-néphrite, de l'atrophie de la substance corticale et des foyers purulents. Le foie est volumineux, un peu mou.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Du mycosis benin de l'arrière-gorge.

Par M. MARCEL NATIER.

Le mycosis de l'arrière-gorge est une affection chronique, sujette à récurrence, ne présentant en général que des symptômes inflammatoires, bénigne dans ses allures et localisée à l'isthme du gosier. Elle est caractérisée par la présence de dépôts blanchâtres, durs, adhérents, plus ou moins saillants, d'ordinaire petits et isolés, quelquesfois confluent. Constitués surtout par le *Leptothrix buccalis*, ces dépôts se rencontrent surtout de chaque côté dans les loges amygdaliennes. On peut aussi les observer sur la paroi postérieure du pharynx, les piliers, la base de la langue, les replis glosso-épiglottiques, l'épiglotte et même dans le larynx ; on la trouve aussi dans le nez en même temps que dans le pharynx.

Le premier cas est dû à Fraenkel, en 1873 ; Decker et Seifert en signalent 34 en 1888, recueillis dans la littérature ; Van der Poel en a observé 12. M. Natier a récemment observé 2 nouveaux cas.

L'affection peut exister sans symptômes, et c'est ainsi que chez le premier malade elle a été découverte. Le second malade avait présenté plusieurs mois avant un état fébrile qui conduisit le médecin à inspecter la gorge, et, plus tard, l'affection de la gorge semble avoir subi une aggravation. Mais il n'a pas été possible, dans ces 2 cas, d'assigner une date d'apparition à l'affection mycosique.

Comme manifestations locales, la différence était des plus nettes. Chez le premier malade, quelques points isolés, du volume d'un grain de mil, situés dans la loge amygdalienne, de chaque côté, sur les piliers et même sur la base de la langue. Chez l'enfant, confluence énorme, localisation bien nette au niveau et au centre des amygdales, d'où la touffe mycosique pendait comme une véritable grappe.

Pour la majorité des praticiens, le diagnostic est extrêmement difficile.

Les traitements les plus divers ont été préconisés. Le mieux est de pratiquer l'arrachement que l'on fait suivre de la cautérisation galvanique. La touffe saillante est arrachée à l'aide de la pince. Le suintement sanguin s'arrête vite. On anesthésie à la cocaïne et l'on fait pénétrer le cautère à une certaine profondeur en un ou plusieurs points ; les séances ont généralement lieu tous les huit jours.

Appliquer en même temps un régime général approprié.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

OBSTÉTRIQUE

Des indications et des conditions dans lesquelles on peut faire la version par manœuvres internes.

Par M. MAYGRIER.

Vous avez pu voir dans le service différents faits qui se rapportent tous à une même intervention, intervention qui s'est faite par des manœuvres différentes. Il s'agit de la version qu'on a pratiquée pour des femmes chez lesquelles on a constaté une présentation de l'épaule et même pour une femme chez laquelle il y avait une présentation du sommet ; c'était une présentation du sommet élevée et nous avons une raison spéciale pour faire la version.

Ces faits m'ont amené à vous parler aujourd'hui de cette opération si importante qu'on appelle la version. Qu'entend-on par ce terme général de version ? C'est une opération qui a pour but de transformer une présentation vicieuse en une présentation favorable, une présentation de l'épaule, par exemple, en une présentation longitudinale favorable. Il y a plusieurs sortes de versions : la version par manœuvres externes qui est une conséquence du palper : elle consiste à faire évoluer le fœtus par des manœuvres purement extérieures ; il faut retenir ceci, c'est que c'est une version purement céphalique : on amène la tête en bas. Au contraire, la version par manœuvres internes est une version pelvienne, c'est le siège qu'on amène en bas par des manœuvres internes lorsque la femme est en travail.

Ceci dit, laissant de côté pour aujourd'hui la version par manœuvres externes, et voyons tout de suite qu'elles sont les grandes indications de la version par manœuvres internes. La première indication formelle, presque absolue, c'est la présentation du tronc, de l'épaule. Lorsque le fœtus se présente par l'épaule, l'accouchement en règle générale est impossible ; il faut que cette présentation soit transformée. Cependant, il n'y a rien d'absolu : on a vu des femmes ayant une présentation du tronc accoucher spontanément avec une présentation d'une autre variété. Le fœtus étant petit, les contractions énergiques, il s'est fait une version spontanée, le siège ou le sommet est venu s'engager définitivement ; mais ce sont là des cas exceptionnels sur lesquels il ne faut pas compter. Si vous arrivez au moment où la version spontanée est en train de se faire, que vous sentiez déjà l'oreille du fœtus, laissez la version se terminer d'elle-même, autrement jamais. Il y a encore une condition d'accouchement dans le cas de présentation de l'épaule, le fœtus étant petit, les contractions énergiques : souvent le fœtus est mort, il est mou, il peut se plier, il sort alors par l'épaule : c'est l'évolution spontanée ; le tronc se dégage, le thorax, l'abdomen et les pieds, la tête sort la dernière ; je n'insiste pas sur ces détails que vous trouverez dans tous vos livres. C'est encore extrêmement rare, et, je le répète, il ne faut pas compter la-dessus. Il faut donc faire la version par manœuvres internes aussitôt que les conditions nécessaires sont réalisées ; il ne faut pas confondre conditions avec indications. Les autres indications sont des indications accidentelles, d'urgence. Vous avez par exemple une femme ou un enfant qui, au moment du travail, court certains dangers : procidences, battements du cœur ralentis, perte du méconium ; si les conditions nécessaires existent alors, il faut faire la version. Souvent on a encore une autre indication, relative celle-là, que je ne fais que vous mentionner : c'est le rétrécissement du bassin ; c'est là une indication particulière tirée du degré de rétrécissement, de sa forme, etc. Je n'insiste pas pour aujourd'hui.

Eh bien, nous avons nombre d'observations intéressantes, deux surtout, qui résument ces grandes indications. Il y a d'abord une femme qui est entrée le 9 octobre dernier, en travail, avec une présentation de l'épaule. C'est une femme de 24 ans, tertipare. Le

premier accouchement a eu lieu à 7 mois par le sommet, rien de particulier. Le deuxième a eu lieu à terme avec présentation du siège : ceci a d'autant plus d'importance que cette femme n'a marché qu'à vingt mois ; il y a donc lieu de se demander si elle n'a pas de rétrécissement du bassin, je n'en serais nullement étonné. Elle devient donc enceinte pour la troisième fois : rien de particulier pendant la grossesse, elle n'est venue ici malheureusement qu'à terme avec dilatation complète. Voici ce qu'à donné l'examen à son entrée. Femme en travail et en douleurs depuis quelque temps ; on touche et on trouve la dilatation complète, une poche des eaux volumineuse, énorme, bombant dans le vagin. On fait alors des réserves sur la présentation. Cependant, comme la femme n'avait pas trop de contractions, on a pu la palper et on a trouvé au côté droit, dans la fosse iliaque droite, une extrémité arrondie et dure qui ballotait : c'était la tête ; de l'autre côté, une autre extrémité qui présentait les caractères du siège, on entendait les battements du cœur du fœtus. C'était une présentation de l'épaule et on fait le diagnostic de présentation de l'épaule droite en acromio-iliaque droite ; dans ces conditions, le dos regarde en arrière. Ceci constaté, on chloroforme la femme, on évite de rompre la poche des eaux, on la place dans la position obstétricale et M. Chavanne pratique la version. Une petite digression. Il y a deux présentations de l'épaule, la présentation de l'épaule droite et la présentation de l'épaule gauche ; on a renoncé depuis longtemps aux présentations du ventre, du dos, qui compliquaient inutilement les choses. Le dos peut être en avant ou en arrière ; dès lors, pour chaque épaule, il y a deux positions : on prend pour point de repère l'acromion ; autrefois on prenait la tête et on disait céphalo-iliaque droite, céphalo-iliaque gauche, on prend l'acromion, car ce serait l'acromion qui évoluerait si l'accouchement se faisait normalement par l'épaule ; on dit alors : acromio-iliaque droite, dos en avant ou dos en arrière ; ou bien acromio-iliaque gauche. Le plus souvent d'ailleurs le dos est en avant. Si vous êtes embarrassé pour vous orienter, suivez le conseil donné par Pajot et par Mme Lachapelle et qui consiste à se placer par l'imagination dans la position du fœtus. Il n'est pas indifférent de savoir au point de vue de la facilité plus ou moins grande de la version, si le dos est en avant et en arrière ; en effet, la version peut être difficile si le dos est en arrière, car, quel est le chemin qu'il faut suivre dans ce cas pour aller chercher le pied ? Il faut introduire la main en avant, il faut qu'elle pénètre à plat entre la symphyse et le plan antérieur du fœtus ; elle est gênée par la symphyse, tandis que si le dos est en arrière, on a la concavité du sacrum.

Dans notre cas, les choses se sont passées simplement. M. Chavanne a rompu la poche des eaux ; avec la main gauche, il est entré dans l'utérus, et il se disposait à aller très loin chercher un pied lorsqu'il a rencontré tout de suite un genou ; il put faire la version en tenant le genou, il a abaissé le genou et le siège, et on est arrivé facilement jusqu'à la tête. Alors, on a éprouvé une petite résistance ; on a fait la manœuvre de Mauriceau, un aide a appuyé un peu sur la tête à l'extérieur, on a senti un petit ressaut et on a eu la sensation de vaincre un petit obstacle. Le reste s'est accompli comme d'ordinaire. L'enfant pesait 3 kilog. 700, il mesurait 53 centimètres, le diamètre bi-pariétal mesurait 9 centim. $\frac{1}{2}$; rien de particulier, mais si le rétrécissement existe, il est léger. Voilà donc une première indication de la version : la présentation de l'épaule chez une femme en travail.

La seconde observation concerne une secondipare de 28 ans. Première grossesse à terme, accouchement spontané, enfant vivant. Cette femme entre ici le 11 octobre à terme et en travail, il y avait une dilatation de 7 à 8 centim., une poche des eaux volumineuse. On craint alors une mauvaise présentation. Par le palper on arrive à sentir une tête en bas, mais élevée, et par le toucher on a pu sentir un petit membre, — on pensait à une procidence d'un membre supé-

rieur, — enfin on constate un léger rétrécissement du bassin. On attendit la dilatation complète, et on fit alors la rupture artificielle des membranes et on s'aperçut que le membre procident était non une main, mais un pied, en même temps on sentit un paquet, c'était le cordon ; la tête était élevée et mobile. On essaya alors d'attirer le pied en bas pendant qu'un aide, à l'extérieur, tâcha de repousser la tête en haut ; de cette façon, le cordon ne serait pas comprimé parce que c'est une petite extrémité qui sortirait d'abord. C'est en somme une version qu'on a faite, puisque la tête étant en bas, c'est un pied qu'on a été chercher. Le fœtus a évolué, on a terminé l'extraction et on a amené un enfant de 3 kilog. 740 gr., mais moins brillant que le précédent, le cordon a été tout de même comprimé, surtout au passage de la tête ; l'enfant était pâle, en état de syncope, de mort apparente ; mais on ne fut pas obligé de l'insuffler, on lui enleva simplement les mucosités, et on le ranima par des moyens simples : bain chaud, aspersions, etc.

Pour qu'on puisse faire une version, il faut une condition nécessaire. Il ne faut pas, je le répète, confondre, comme on le fait, condition avec indication. Les indications existant, dans quelles conditions pourra-t-on faire la version ? Il faut que la dilatation soit complète, on n'a plus à craindre alors d'arrêt, de rétraction du col ; ou bien alors il faut qu'il soit dilatable, vous sentirez comme un ruban de caoutchouc, suivant l'expression de Tarnier, que vous pourrez distendre jusqu'à la dilatation complète. Deuxième condition : il faut que la partie fœtale ne soit pas engagée, vous ne pourrez pas passer ; si dans notre seconde observation la tête n'avait pas été mobile, on n'aurait pas pu, il aurait fallu alors recourir au forceps, ou, si l'enfant avait été mort, à la basiotripsie. Mais si on veut passer quand même, on peut déchirer l'utérus. Troisième condition : il ne faut pas non plus que l'utérus soit trop rétracté ; si les eaux se sont écoulés depuis longtemps, l'utérus est revenu sur lui-même. Or vous savez combien le segment inférieur est mince, il est encore distendu par le fœtus, surtout par la tête fœtale ; on peut donc le déchirer facilement en voulant passer de force ; c'est l'embryotomie qui s'impose alors.

Enfin, il y a quelques dernières conditions qui ne sont pas absolument nécessaires mais qu'il faut signaler. Il faut que le bassin ne soit pas trop rétréci, que la poche des eaux ne soit pas rompue depuis longtemps. Ceci est un corollaire de ce que je venais de vous dire, à savoir que l'utérus est revenu sur lui-même, il est rétracté, et on ne peut passer.

(Indépendance médicale).

GYNECOLOGIE

Tumeurs kystiques de l'utérus.

DÉFINITION. — Les néoplasmes kystiques de l'utérus sont des productions composées d'une masse solide néoplasique et d'une portion liquide contenue dans une ou plusieurs cavités qui, par leur volume considérable, donnent à ces productions leur caractère particulier.

FORMES ANATOMIQUES. — Comme les fibromes, dont ils dérivent la plupart du temps, les néoplasmes kystiques de l'utérus se développent dans les couches sous-péritonéales, dans l'épaisseur de l'organe, au sein même de la cavité utérine. Ils évoluent dans le pelvis ou dans l'abdomen. Ces différentes dispositions se combinent fréquemment dans une seule tumeur.

ORIGINE DES KYSTES. — La formation des kystes au sein des néoplasmes utérins peut avoir des origines diverses. Ils sont le résultat de :

- a) Dilatation des vaisseaux lymphatiques (Kœberlé, Le Bec) ;
 b) Infiltration œdémateuse, par suite de stase, aidée par la perméabilité excessive de vaisseaux très jeunes (Paviot et Bérard) ;
 c) Nécrose en foyer, consécutive à l'oblitération des vaisseaux sanguins par des thrombus néoplasiques provenant de la prolifération de l'endothélium vasculaire (Pilliet, Costes, Hyenne) ;
 d) Inclusion d'épithélium provenant soit de la muqueuse utérine (inclusion congénitale pour Babès et Baraban, secondaire pour Legueu et Marien), soit des débris du corps de Wolff (Recklinghausen). Les trois premiers processus sont les plus ordinaires ; nous les avons rencontrés dans nos examens. Quant à l'inclusion épithéliale, malgré des investigations répétées et minutieuses, nous n'avons pu les observer.

NATURE DES NÉOPLASMES KYSTIQUES. — La nature des néoplasmes kystiques de l'utérus est variable ; ce sont des fibromes purs, des fibromes en voie de transformation, des sarcomes, des myomes.

La présence d'un kyste n'a pas nécessairement pour signification que le néoplasme où il se trouve est de nature bénigne ou de nature maligne.

Elle est simplement l'indice, non de la dégénérescence et du ramollissement de la tumeur (Virchow), mais, au contraire, d'une exaltation dans la vitalité. Cette activité nouvelle parvient, en définitive, à former, soit du tissu adulte (cysto-fibrome, cystomyome), soit du tissu embryonnaire (cysto-sarcome, myome embryonnaire de Paviot et Bérard), et alors elle indiquerait une transformation dans la constitution du néoplasme primitif (Pilliet, fibrome en voie d'évolution sarcomateuse).

C'est au microscope de déterminer, dans chaque cas particulier, à laquelle de ces interprétations on devra se rattacher au point de vue anatomique.

Cliniquement, on devra craindre que la formation kystique ne soit la marque d'une évolution vers la malignité, déjà effectuée, en tous cas, toujours possible.

SYMPTÔMES. — Le développement, vers l'âge de la ménopause, et de préférence après son établissement, chez une femme portant antérieurement un fibrome, d'une tumeur considérable à accroissement rapide, est un fait des plus importants qui doit attirer l'attention sur les néoplasmes kystiques de l'utérus.

Très fréquemment, on observera encore des métrorrhagies importantes, des poussées de péritonite et, en outre, par suite de la compression déterminée par la tumeur, des douleurs et des troubles digestifs circulatoires (lésions du myocarde) et urinaires (lésions des reins). — Mais ces symptômes fonctionnels sont parfois peu marqués, plusieurs même peuvent faire complètement défaut.

A L'EXAMEN. — Le chirurgien trouve dans l'abdomen une tumeur irrégulière, qui présente en différents endroits une grande variation de consistance (masses solides résistantes, poches kystiques fluctuantes), et qui est manifestement d'origine utérine (agrandissement de la cavité à l'hystéromètre, communication au col des mouvements).

La nature sarcomateuse maligne sera, cliniquement, rarement déterminée, mais seulement soupçonnée ; il faudra toujours la redouter et intervenir comme si son existence était reconnue certaine.

Les cystomes utérins peuvent provoquer des complications graves, telles que péritonite, suppuration et rupture des kystes.

DIAGNOSTIC. — L'analyse attentive des symptômes permettra de faire le diagnostic :

1° La palpation méthodique, l'étude du développement et des accidents qui en ont marqué le cours feront différencier les néoplasmes kystiques des affections utérines qui peuvent leur ressembler et, spécialement :

a) *Fibromes utérins et fibromes ramollis.* — Leur accroissement n'est pas aussi rapide ; leur consistance est partout sensiblement la même ; on ne constate pas de zone fluctuante ;

b) *Epithéliome de la muqueuse du corps, sarcome de la muqueuse sacs hématométrie.* — La tumeur est beaucoup moins volumineuse, la consistance est plutôt dure, les écoulements sont fétides, la cachexie est plus rapide et plus accusée.

L'examen histologique du produit de râclage servira aussi à fixer le diagnostic ;

c) *Sarcome de la muqueuse avec hématométrie.* — Les règles sont supprimées et, consécutivement, est apparue une tumeur très régulière, qui est le siège d'une fluctuation difficilement appréciable (poche à parois épaisses) ; il n'y a pas de parties solides distinctes ; pas de signes de grossesse ;

2° Quant aux affections para-utérines, l'absence d'augmentation de l'utérus à l'hystérométrie, la non communication des mouvements du col suffiront généralement à les distinguer des néoplasmes kystiques de l'utérus. En outre, on remarquera :

a) *Kystes de l'ovaire et du parovaire* (source la plus fréquente des erreurs commises). — Ils apparaissent à un âge moins avancé ; leur développement est moins rapide ; les portions solides sont moins considérables ; il n'existe pas de métrorrhagies ; la situation dans l'abdomen est plutôt latérale que médiane ;

b) *Fibromes et sarcomes de l'ovaire.* — Ces tumeurs sont peu volumineuses, ordinairement dures ; elles s'accompagnent d'ascite, le plus souvent sanglante et à reproduction rapide ;

c) *Kystes de la trompe* (séreux, hématiques, purulents). — Ce sont des poches fluctuantes sans parties solides, nettement latérales à l'utérus ; il existe des symptômes antérieurs de salpingite.

PRONOSTIC. — Le pronostic des néoplasmes kystiques de l'utérus est grave :

a) A cause des accidents produits par le néoplasme : métrorrhagies, douleurs, troubles et lésions des différents appareils (cachexies) ;

b) A cause de la possibilité de complications redoutables : péritonite, suppuration et rupture des kystes ;

c) A cause de la nature du néoplasme : il est bénin ou souvent encore malin ; il peut alors se propager, se généraliser, récidiver après l'ablation ;

d) A cause de l'intervention chirurgicale qu'il nécessite.

TRAITEMENT. — Le traitement sera hâtif et radical.

Ce sera l'hystérectomie abdominale totale ; quand, par l'une de ses portions, la tumeur est enclavée dans le petit bassin, il faudra avoir recours au morcellement.

(Gazette de gynécologie)

PÉDIATRIE

Un traitement hygienique de l'incontinence nocturne d'urine.

Faire coucher l'enfant la tête plus basse que le bassin. Grâce à cette position et à l'obstacle mécanique qu'elle crée au passage de l'urine, celle-ci n'excite plus le sphincter urétral. Stumpt aurait guéri par ce procédé 12 enfants et un adulte, et en outre le même moyen employé à l'Institut des sourds-muets de Wurzburg aurait donné plein succès dans deux cas rebelles. La durée du traitement est de trois semaines environ. Passé ce délai, on peut sans crainte de récidive, permettre aux enfants de reprendre la position normale. (Bul. de therap.)

Un moyen mis en pratique dans les hôpitaux militaires, et que

nous n'avons vu échouer qu'une seule fois, consiste à donner au malade une tisane vulgaire et à le faire lever et uriner toutes les heures pendant la nuit. Le succès est plus rapide quand l'infirmier de garde oblige le malade à se lever et à uriner hors du lit.

(Lyon médical).

THERAPEUTIQUE

Trois cas de charbon de l'homme guéris par le serum Sclavo.

Par BADUEL et DADDI (de Florence).

Le premier cas concerne un ouvrier de dix-neuf ans entré à la clinique le 16 mars 1899. Le 13, il éprouva une vive douleur à la région de la nuque. En se grattant il y produisit une excoriation qui s'agrandit. Vers midi il fut saisi d'un frisson intense et d'une forte céphalée qui depuis l'a fait beaucoup souffrir. Les symptômes s'étant aggravés, on s'adressa à un médecin qui constata une pustule maligne. Les auteurs ayant examiné le malade à leur clinique ont relevé l'aspect caractéristique de la pustule : le centre nécrotique était de la grandeur d'un sou et entouré d'une couronne de vésicules. L'œdème était très étendu, ayant envahi toute la moitié droite du cou et s'étant répandu sur la joue du même côté, de sorte que le malade était forcé de tenir la tête inclinée à gauche. On sentait latéralement des ganglions lymphatiques hypertrophiés et durs.

L'examen du sang et de l'urine a donné des résultats négatifs ; par contre, dans la substance de la pustule on a découvert le bacille charbonneux qui en culture croissait avec le staphylococcus aureus.

On a donc injecté au malade du sérum anticharbonneux de Sclavo. Le succès fut des plus complets.

Le deuxième cas est presque analogue au premier. Mais le troisième fut d'une gravité particulière.

Il s'agit d'une femme mariée, âgée de trente ans, qui avait sur la région dorsale de l'avant-bras droit une ulcération de la grandeur d'une pièce de 10 centimes. Le fond de l'ulcération est lardacé, les bords sont calleux et noirâtres. Tout le bras est pris d'un œdème dur ; la peau est tendue, luisante, cyanotique et froide. Le bras est douloureux, inerte, raidi ; l'œdème s'étend jusqu'à l'aisselle. La malade est très agitée ; elle se plaint d'un très violent mal de tête et d'une douleur aiguë au bras droit. Son état était encore compliqué par une grossesse déjà arrivée à son septième mois. Sur l'origine de sa maladie, la malade ne pouvait fournir aucune indications. A remarquer cependant que le mari de la malade est gardeur de vaches. Les premières injections de sérum Sclavo eurent pour effet un soulagement momentané auquel succéda bientôt un retour des maux de tête et des douleurs du bras. Entre temps la malade a accouché d'un fœtus qui vécut quelques heures à peine et qui avait six ou sept mois. L'accouchement et le puerperium ont eu lieu d'une manière normale. Toutefois la malade en fut affaiblie pour quelque temps. Finalement elle fut complètement guérie.

Ce dernier cas, parce qu'il est particulièrement grave, conclut l'auteur, démontre victorieusement la vertu thérapeutique du sérum de Sclavo. L'amélioration considérable qui succéda à chaque injection et qui était accompagnée de la disparition des microorganismes du sang et de l'urine, l'atténuation graduelle des symptômes locaux, l'accouchement prématuré qui se passa sans accident, sont autant de faits qui plaident en faveur de la valeur curative du sérum anticharbonneux de Sclavo.

(Il Policlinico. — *Indépend. méd.*)

Traitement de l'acné.

Voici la préparation conseillée par le docteur P. Unna (de

Hambourg) qui rend surtout des services précieux dans l'acné ponctuée et pustuleuse, ainsi que dans l'acné rosacée :

Paraffine liquide.....	3 grammes.
Savon médicinal desséché.....	7 —
Bi-oxyde de sodium.....	2 —

La quantité de bi-oxyde de sodium peut être portée jusqu'à 20 % selon le degré d'irritabilité de la peau du malade en traitement.

Les applications de ce savon ont lieu de une à trois fois par jour suivant l'intensité des lésions. On étend une couche sur la région atteinte et on frotte avec un tampon d'ouate humecté d'eau, ce qui amène un dégagement d'oxygène, avec production d'écume. On continue la friction jusqu'à ce que la sensation douloureuse qu'elle provoque devienne assez vive, et on enlève ensuite l'écume savonneuse en lavant simplement avec de l'eau. Dans l'intervalle de ces applications, on peut faire usage des pommades en pâte employées habituellement contre les affections acnéiques.

(Concours médical. — *Lyon médical*).

Eau chloroformée dans la gastro-enterite des enfants.

A côté de la diète hydrique, d'un régime sévère et d'autres moyens hygiéniques usités dans la gastro-entérite des enfants, M. van Emelen (d'Anvers), emploie avec succès la potion suivante :

Acide lactique.....	1 gr.
Eau chloroformée à 1 p. 200.....	80 —
Essence de camomille.....	2 gouttes.
Sirop d'anis.....	20 gr.

A prendre par cuillerée à bouche toutes les deux heures.

(*Pres. méd. de Paris. — Lyon médical*).

Epilepsie et bromure de strontium.

M. Laborde donne comme bien supérieur au bromure de potassium le bromure de strontium dans le traitement de l'épilepsie. Il commence par 4 gr. et augmente chaque jour d'un gramme sans dépasser 8 à 10 grammes. Il cite cinq cas où la guérison se maintient depuis deux ou trois ans. M. Féré a vu chez un épileptique le bromisme provoqué par le bromure de potassium cesser et l'accalmie se maintenir par la substitution du bromure de strontium.

(*Bul. de l'Acad. de méd. — Lyon médical*).

FORMULAIRE

EPISTAXIS. — Rendu.

Antipyrine.....	1 partie.
Tanin.....	2 parties.
Sucre pulvérisé.....	20 —

(*Medical Record*.)

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES. — Robin.

Picrotoxine.....	} à 1 grain.
Muriate de morphine.....	
Sulfate d'atropine.....	1/30 —
Ergotine.....	20 —
Alcool.....	2 s.
Eau.....	2 drachmes.

Dose : 8 à 10 gouttes dans un peu d'eau.

(*Medical Record*.)

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Les maladies infectieuses : tuberculose (suite).....	249
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : L'ictère catarrhal, par M. C. Bacaloglu.....	252
CHIRURGIE : Traitement du prostatisme par l'électrisation et le massage. — Contribution à l'étude de la structure histologique de l'hypertrophie de la prostate. Introduction au traitement de la prostate par les opérations sur l'appareil testiculaire, par M. Mots.....	253
THÉRAPEUTIQUE : L'emploi thérapeutique des levures et de la levuline. — Les liquides abondants et les viandes blanches dans la néphrite interstitielle.....	254
MALADIES NERVEUSES : Contribution à la valeur siméiologique de la pupille. — Les crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabes.....	255
FORMULAIRE.....	256
REVUE DES LIVRES.....	256
NECROLOGIE.....	256
NOUVELLES.....	256

Travaux Originaux

Les maladies infectieuses

TUBERCULOSE

Suite (1)

RECHERCHE. — Dans la recherche du bacille tuberculeux, il y a trois moyens auxquels nous pouvons recourir avec la certitude d'avoir des résultats satisfaisants, pouvant nous éclairer non seulement sur le diagnostic, mais aussi sur le pronostic ; ce sont l'examen microscopique, les cultures et les inoculations.

a) Examen microscopique.

Ce moyen de recherche est le plus facile et le plus rapide, mais ce n'est pas le plus avantageux. Cependant, dans tous les cas douteux, cet examen microscopique s'impose, avant même de recourir aux autres méthodes qui sont longues et dispendieuses.

Soit dans les crachats, soit dans les selles, soit dans l'urine, soit dans les suppurations soupçonnées être de nature tuberculeuse, le bacille de Koch ne se montre pas constamment et il est bon de répéter très souvent l'examen avant de porter un diagnostic quelconque.

Pour tous ces différents milieux, les procédés de coloration restent les mêmes, et ceux-ci sont basés sur le fait que le bacille de Koch résiste au pouvoir décolorant des acides.

Voici une manière simple et peu coûteuse de rechercher le bacille tuberculeux :

1° Avec un fil de platine qu'on aura eu le soin de stériliser à la flamme d'une lampe à alcool, on prend une petite quantité de la partie la plus épaisse du crachat ou du pus à examiner, et on l'étend sur une lame en une couche très mince.

(1) Voir les nos. 12, 14, 16, 20, 21, 25.

2° On passe rapidement cette lame à une certaine hauteur de la lampe à alcool, et, aussitôt qu'elle est sèche, on y répand du liquide de Ziehl (1), substance colorante que l'on fait chauffer jusqu'à dégagement de vapeurs.

3° On lave la lame à grande eau, et on y verse de l'acide sulfurique à 25 % ou de l'acide nitrique à 15 % jusqu'à ce que la préparation devienne rose pâle. Ces acides minéraux décolorent tous les microbes et les autres éléments, moins le bacille de Koch qui reste rouge.

4° On passe de nouveau la lame à grande eau, et ensuite on y répand du bleu de Loeffler (2), pour obtenir en bleu tout ce qui a été décoloré.

5° On lave de nouveau, et on laisse sécher la lame ainsi toute préparée, et on la porte ensuite sur le champ du microscope en y versant une ou deux gouttes d'huile de cèdre.

MM. Pittion et Roux ont publié dans le *Bulletin de la Société de pharmacie du Sud-Ouest*, un procédé excessivement rapide ; voici en quoi il consiste :

1° On dissout 10 grammes de fuchsine (rouge magenta) dans 100 grammes d'alcool absolu.

2° On fait une seconde solution de 3 parties d'ammoniaque dans 100 parties d'eau.

3° On fait une troisième solution avec alcool 50 grammes, eau distillée 50, acide azotique 20, vert d'aniline à saturation. Voici comment se fait cette troisième solution : on commence par dissoudre dans l'alcool du vert d'aniline jusqu'à saturation, on ajoute l'eau distillée, puis l'eau azotique.

4° Les trois solutions terminées, il convient de procéder de la sorte : on prend 10 centimètres cubes de la solution ammoniacale et on ajoute à cette solution 1 centimètre cube de la solution fuchsinée (rouge magenta), on chauffe ce mélange jusqu'à dégagement de quelques vapeurs ; on immerge alors dans ce liquide la lamelle porte-crachats après l'avoir desséchée d'après les procédés ordinaires. Une minute suffit pour produire la coloration des bacilles. On lave à grande eau, puis on laisse tomber sur la lamelle deux ou trois gouttes du mélange vert d'aniline ; l'action ne doit pas être prolongée plus de 45 secondes. Après un nouveau lavage et avoir laissé sécher, on monte la préparation dans le baume du Canada, les bacilles paraissent colorés en rouge sur un fond vert pâle.

Suivant la méthode de Gabbet, on colore la préparation sans chauffer, avec le liquide de Ziehl, pendant deux minutes environ, puis on lave la lame à grande eau. Ensuite, on fait la décoloration et la coloration de la pièce, en un seul temps, en répandant sur la lame une quantité voulue de la solution suivante :

Bleu de méthyle.....	2 grammes.
Acide sulfurique à 25 %.....	100 —

(1) Liqueur de Ziehl.
 Fuchsine rubine 1 gramme.
 Alcool à 90 degrés..... 10 —
 Solution d'acide phénique à 5 p. 100..... 100 —

Filtres.

(2) Bleu de Loeffler :
 Solution alcoolique concentrée de bleu de méthylène..... 30 c.c.
 Solution de potasse caustique 1/1000..... 100 c.c.

On passe de nouveau la lame à l'eau, et, aussitôt sèche on la porte au microscope.

Czaplewski, après la coloration au Ziehl, laisse baigner la lame dans une solution alcoolique concentrée de fluorescéine jaune et de bleu de méthyle.

Dans la méthode d'Ehrlich (1), on peut remplacer la solution de fuchsine par une solution alcoolique concentrée de violet de méthyle; toute la préparation se trouve ainsi être colorée en violet. Après la décoloration par l'acide, le bacille seul garde cette couleur violette, et le reste de la pièce peut être de nouveau coloré avec une solution aqueuse concentrée de vert de malachite ou de véruvine, ce qui donnera au fond une teinte verte ou jaune.

Duclaux, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, décrit ainsi la méthode de Lubimoff :

"Dans 20 centimètres cubes d'eau on introduit 50 centigrammes d'acide borique dont on hâte la solution en versant 15 grammes d'alcool absolu. Lorsqu'il ne reste plus que quelques cristaux non dissous, on ajoute 50 centigrammes de fuchsine (rubine) qui se dissout par l'agitation. On obtient ainsi un liquide qui se conserve et est toujours prêt pour l'emploi, sans filtration nouvelle.

"Les lamelles, couvertes du produit tuberculeux, seront plongées dans le bain colorant qui sera chauffé pendant quelques minutes. On décolore dans une solution d'acide sulfurique à 1/5, on lave à l'alcool, et on fait la double coloration dans une solution alcoolique saturée de bleu de méthylène; on lave et on monte."

Voici à peu près les méthodes d'examen les plus usitées pour la recherche microscopique du bacille de Koch; il en existe bien d'autres, mais elles sont toutes basées sur la résistance du bacille à l'action décolorante des acides.

Dans la recherche du bacille dans l'urine, il est utile de se servir de l'appareil centrifuge qui permet de recueillir plus facilement les sédiments et de séparer la masse purulente. A l'examen microscopique, le bacille du smegma préputial, qui évolue dans la matière blanchâtre amassée dans le repli qui réunit le gland au prépuce, et, chez la femme, entre les petites lèvres et le clitoris, peut parfois être confondu avec le bacille de Koch. Comme celui-ci, il résiste à l'action des acides, grâce à son enveloppe graisseuse, et possède à peu près les mêmes caractères. Mais si l'on soumet les bacilles pendant dix minutes, à chaud, à l'action d'une lessive de soude à laquelle on a ajouté 5 p. 100 d'alcool, et qu'ensuite on lave la préparation à l'eau et à l'alcool, le bacille du smegma perd sa résistance aux acides et le bacille de Koch reste seul coloré. D'ailleurs ce bacille du smegma n'est nullement pathogène.

Dans les selles, il est assez difficile de déceler le bacille tuberculeux; on le retrouvera "dans les petits grumeaux d'un blanc jaunâtre qui flottent dans le liquide diarrhéique."

(1) Liqueur d'Ehrlich :

<i>Solution A.</i>	
Solution alcoolique saturée de fuchsine (ou rubine).....	1 c.c.
Alcool à 90 degrés.....	1 c.c.
Eau d'aniline.....	9 c.c.
<i>Solution B.</i>	
Solution alcoolique saturée de violet de gentiane.....	1 c.c.
Alcool à 90 degrés.....	1 c.c.
Eau d'aniline.....	9 c.c.

Dans les crachats, l'agent spécifique de la tuberculose abonde, surtout dans les crachats concrets, purulents et nummulaires. A l'examen microscopique, on peut trouver, outre des cellules épithéliales et des microorganismes divers, certains éléments conservant la coloration rouge; ce sont d'après Czaplewski, des cellules kératinisées, des spores de champignons et levures, des noyaux de mastzellen, et des cristaux de sels d'aniline (1), mais, malgré leur coloration, ces éléments ne peuvent être des causes d'erreur.

Dans les suppurations de nature tuberculeuse, le bacille se récolte de la même manière que dans les crachats.

M. Letulle préconise une méthode très simple pour la recherche du bacille de Koch dans les coupes (2) :

"1° Passer la lamelle par le Ziehl à chaud, (eau d'aniline bouillante dans un godet, ajouter solution de Ziehl, q. s. pour une teinte foncée). Laisser baigner la lamelle 10 à 20 minutes;

"2° Passer la lamelle dans un bain de permanganate de potasse à 1 gr. 50 pour 100;

"3° La plonger aussitôt dans un bain de solution aqueuse concentrée d'acide sulfureux, fraîchement préparée;

"4° Laver largement à l'eau;

"5° Renouveler autant que nécessaire ces deux bains successifs de permanganate et d'acide sulfureux, fraîchement préparés;

"6° Bain de bleu de méthyle (solution aqueuse);

"7° Passer un instant dans l'alcool absolu (ou dessécher simplement à l'air);

"8° Passer au xylol;

"9° Monter dans le baume au xylol."

Les bacilles restent colorés en rouge, tandis que les autres microbes sont teints en bleu.

Le sang est un mauvais milieu pour les microorganismes, mais de récentes découvertes sont venues prouver que le sérum sanguin a le pouvoir d'agglutiner certains microbes, et de neutraliser ainsi leurs effets.

M. le docteur S. Arloing, de Lyon, a fait à ce sujet devant l'Académie des Sciences une communication des plus intéressantes sur cette puissance d'agglutination vis-à-vis le bacille de Koch. Voici le résumé de cet important travail que donnait la *Presse médicale* du 25 mai 1898 :

"Si, à quelques gouttes de culture ou d'émulsion homogène de bacilles, on ajoute 1/10 de sérum sanguin de chèvre saine et vierge de toute inoculation, on ne provoque pas d'agglutination. Si l'on substitut à ce sérum celui de chèvre ayant reçu une longue série d'injections sous-cutanées de tuberculine ou de bacilles de Koch plus ou moins virulents, le phénomène de l'agglutination se manifeste rapidement avec une grande intensité et d'une manière complète.

"On voit aussi le léger pouvoir agglutinant naturel du sérum de l'âne s'accroître considérablement sous l'influence des mêmes injections.

"Le pouvoir agglutinant du sérum normal de diverses espèces est en raison inverse de l'aptitude de ces espèces à contracter ou

(1) Wurtz, Précis de bactériologie clinique.

(2) M. Laurent, Technique microscopique.

“ à supporter la tuberculose. Nul chez le lapin et le cobaye, qui
 “ sont facilement tuberculisables, très léger chez la chèvre, plus
 “ accusé chez le bœuf et l’âne, il est très marqué chez le cheval
 “ exceptionnellement tuberculeux.

“ Le sérum, rendu fortement agglutinant par des injections
 “ sous-cutanées de bacille de Koch ou de tuberculine, agglutine les
 “ cultures en milieu liquide ou les émulsions homogènes de tuber-
 “ culose aviaire, ce qui tend encore à rapprocher du bacille de Koch
 “ le bacille de cette tuberculose.

“ L’action des sérums agglutinants s’exerce également bien sur
 “ les bacilles en voie d’évolution dans du bouillon glycérimé.

“ Le pouvoir agglutinant peut naître et se développer en peu
 “ de temps ; il a suffi, pour le faire apparaître chez une chèvre et
 “ un lapin, d’injecter, du 31 mars 1898 au 12 avril, à l’une 6 centi-
 “ mètres cubes de tuberculine brute, à l’autre 25 gouttes.

“ Les essais d’agglutination du bacille de Koch dans le diag-
 “ nostic ou le pronostic de la tuberculose humaine ont donné les
 “ résultats suivants :

“ 1° Le sérum des personnes atteintes ou supposées atteintes
 “ de tuberculose pulmonaire vraie agglutine 94 fois sur 100 ; 57
 “ fois d’une façon parfaite, 37 fois incomplètement ;

“ 2° Le sérum des malades frappés de tuberculose chirurgicale
 “ agglutine 91 fois sur 100 ; 35 fois parfaitement, 56 fois incom-
 “ plètement ;

“ 3° Le sérum de malades divers agglutine 32 fois sur 100 ;
 “ 11 fois très bien, 21 fois imparfaitement.

“ 4° Enfin, le sérum de personnes supposées saines agglutine
 “ seulement 22 fois sur 100 ; 11 fois très bien et 11 fois incomplète-
 “ ment.

“ La proportion des résultats positifs permet d’espérer que
 “ l’on pourra tirer parti, en clinique, de l’agglutination du bacille
 “ de Koch.”

Pour compléter cette partie de notre travail, nous dirons que
 le bacille tuberculeux prend le Gram, c’est-à-dire se laisse colorer
 par cette substance colorante. Nous étudierons cette méthode de
 coloration dans le chapitre sur la blennorrhagie où elle sert avanta-
 geusement au diagnostic différentiel.

b) Cultures.

Le bacille de Koch se cultive sur plusieurs milieux, entre autres
 le bouillon glycérimé à 6 pour 1000, le sérum solidifié, la pomme de
 terre, etc.

Pour ensemer un tube de bouillon glycérimé, il faut recueil-
 lir une parcelle très mince d’une culture sur un milieu solide et le
 laisser flotter à la surface du bouillon. Au bout de 12 à 15 jours,
 le bouillon, qui garde sa transparence, se couvrira d’une membrane
 blanche, sèche et plissée.

La gélatine et l’agar-agar sont peu favorables à l’ensemencement
 du bacille de Koch, à moins que celui-ci ne provienne du
 cobaye tuberculisé.

Le sérum solidifié, placé dans une étuve à une température de
 38° C, offre un assez bon milieu de culture et présente, au bout de
 7 à 8 jours, un semis de grains blanchâtres qui grossissent après

plusieurs ensemencements et prennent bientôt un aspect terne et
 écailleux.

Sur pomme de terre, l’ensemencement prend une teinte grisâ-
 tre.

Le bacille de Koch ne se cultive pas sur plaques.

M. Dubois décrit ainsi un nouveau mode de culture pour le
 bacille tuberculeux :

“ La sérosité virulente provenant de péritonite et de pleurésie
 “ est répartie dans une série de tubes. A chacun de ces tubes on
 “ ajoute du sérum de lapin, non stérilisé, renfermant 7 % de gly-
 “ cose et 2 % de glycérine. La même opération est répétée tous les
 “ jours, mais on ajoute plus que la moitié de la dose primitive, et
 “ ainsi jusqu’à ce que la quantité de sérum soit devenue égale à la
 “ quantité de sérosité. On laisse les tubes bouchés pendant le temps
 “ que durent ces manipulations, et on les met de plus à l’étuve à
 “ 38 degrés.

“ On prend ensuite un centimètre cube du mélange, et on les
 “ porte dans un autre tube contenant du sérum de lapin glyco-
 “ glycérimé et non stérilisé.

“ Après une quinzaine de jours, c’est avec cette dernière culture
 “ que l’on fait l’ensemencement, en suivant les procédés ordinaires,
 “ sur sérum solidifié et glyco-glycérimé.”

De l’extrait glycérimé des cultures de bacilles de Koch on a
 obtenu une toxine appelée tuberculine dont nous avons déjà parlé et
 que nous étudierons plus longuement dans un autre chapitre.

Au microscope, les bacilles, pris dans des cultures, présentent
 des espaces clairs qui sont des spores.

Il est reconnu que le bacille de Koch demande un milieu légè-
 rement alcalin ou légèrement acide ; les réactions plus fortes sont
 défavorables à son développement.

Si le milieu de culture subit des changements dans sa composi-
 tion, le bacille se trouvera influencé dans la toxicité de ses produits,
 dans sa virulence et aussi dans sa forme. C’est de ce principe que
 sont nées les diverses tuberculines, entrées aujourd’hui dans le do-
 maine de la thérapeutique. D’après des milieux nutritifs diverse-
 ment modifiés, on pourra recueillir une tuberculine d’une puissance
 plus ou moins grande ; c’est ainsi que les savants ont cherché à
 modifier la fameuse tuberculine de Koch.

c) Inoculation aux animaux.

Ce procédé, difficile et dispendieux, n’est pas toujours néces-
 saire. On doit y recourir lorsqu’il y a doute, car c’est certainement
 le moyen le plus sûr d’affirmer l’existence de la tuberculose.

Les animaux dont on se sert davantage pour ces inoculations
 sont le cobaye et le lapin ; mais on a employé aussi les souris, les
 rats, les chiens, etc., qui tous sont sensibles à l’action du bacille de
 Koch.

Les inoculations seront sous-cutanées, intrapéritonéales, intra-
 pulmonaires ou intraveineuses, et d’après ces divers modes de péné-
 tration de l’agent spécifique de la tuberculose, on aura des lésions,
 un peu différentes par leur siège, mais tout à fait semblables au point
 de vue histologique (1).

(à suivre)

(1) Pour finir ce chapitre sur la tuberculose, nous donnons à titre de renseigne-

Revue des journaux

MEDECINE

L'ictère catarrhal.

Par M. C. BACALOGU.

L'ictère catarrhal survient généralement après une courte période de troubles gastro-intestinaux. Il succède souvent à des excès de table (ictère a crapula) ; mais il ne faut pas oublier qu'il peut s'accompagner de fièvre et constituer une des formes les plus atténuées des hépatites infectieuses. Depuis l'ictère catarrhal jusqu'à l'ictère grave, il y a tous les degrés, il existe une véritable échelle de gravité. Quelquefois l'ictère catarrhal présente des rechutes ; d'autres fois il est prolongé, et au lieu de s'effacer au bout de quinze à vingt jours, il persiste pendant quelques mois (Dieulafoy). Enfin, dans certains cas, il peut aboutir au syndrome de l'ictère grave (Gironde). L'importance d'un traitement rationnel et suffisamment prolongé découle naturellement de ces données cliniques.

Il ne suffit pas de constater la disparition du léger mouvement fébrile qui accompagnait l'ictère, l'effacement de la teinte ictérique et la réapparition des selles colorées, pour pouvoir affirmer que le malade est guéri : on sait, en effet qu'une légère incartade alimentaire est suffisante pour ramener tous les accidents du début. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la convalescence franche est annoncée par une crise polyurique ; en même temps, le taux de l'urée, qui était au-dessous de la normale, remonte. Quant à la glycosurie alimentaire après l'épreuve du sucre, 150 grammes de sucre, à jeun, elle persiste tant que le foie ne récupère pas ses fonctions normales. Ainsi donc, la guérison de l'ictère catarrhal est confirmée par : l'élévation de la quantité des urines, l'hyperazoturie, la disparition de la glycosurie alimentaire et de l'albuminurie.

Ces notions cliniques sont indispensables pour bien suivre, et suffisamment longtemps, un malade atteint d'ictère catarrhal.

Le régime, surtout dans les premières phases de la maladie, doit être le régime lacté absolu. Le lait peut être pris cru si on est sûr de la vache qui le produit, ou mieux bouilli. Le patient doit prendre deux litres à trois litres même de lait par jour. Toutes

seignement cette communication intéressante, parue dans la *Presse médicale* du 29 décembre 1897 et présentée à la Société des sciences médicales de Lyon :

" M. Paul Courmont présente, au nom de M. Tixier et au sien, l'étude d'une tuberculose strepto-bacillaire étudiée chez l'homme et, par inoculation, à l'animal. La lésion humaine était une arthrite hémorragique du coude. On ne trouva de bacilles tuberculeux ni dans le liquide articulaire, ni dans les coupes de la synoviale qui présentaient, cependant, des tubercules typiques à cellules géantes. L'inoculation du liquide à des cobayes donna à ceux-ci une tuberculose à marche rapide, réinoculable en série, sans qu'il y ait été possible de trouver de bacille de Koch dans les lésions animales. Dans un tubercule hépatique d'un de ces cobayes fut isolé un strepto-bacille spécial, sans rapport avec le bacille de Koch. Ce strepto-bacille se cultive facilement sur un grand nombre de milieux, entre autres, les milieux glycérolés ; il pousse bien de $\dagger 12$ à $\dagger 37$: dans le vide, il cultive à peine.

" L'inoculation de ces cultures donne, à des doses faibles [$\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$ centimètre cube], une tuberculose à marche très rapide chez le cobaye et le lapin.

" Les particularités de cette tuberculose, produite soit avec les lésions humaines, soit avec les cultures, sont les suivantes : envahissement ganglionnaire et marche très rapide, parfois suppuration locale, souvent lésions hémorragiques des séreuses ; ces deux caractères rappellent l'évolution de la lésion humaine.

" Il s'agit donc d'un des premiers faits bien établis de tuberculose humaine vraie due à un autre agent que le bacille de Koch et occasionnée, dans le cas actuel, par un strepto-bacille spécial. Les recherches analogues sur ce que les auteurs appellent, à tort, les pseudo-tuberculoses [car ce sont de vraies tuberculoses réinoculables en série] ont presque toujours porté sur des tubercules ou des bacilles d'origine animale et non humaine. C'est le premier fait de tuberculose strepto-bacillaire d'origine humaine avec isolement, culture et inoculation du microbe pathogène."

les deux heures, il boira un bon verre de lait, par petites gorgées, lentement. Il ne faut pas qu'il l'avale d'un seul trait, comme un mauvais médicament : il faut qu'il y mette le temps. Ainsi, le lait sera parfaitement supporté. Dans le cas contraire, on pourrait le couper avec une eau alcaline légère (Vals ou Vichy).

Une autre indication est de débarrasser l'intestin et combattre les fermentations (les selles sont souvent fétides). Le premier jour on prescrit donc un purgatif ; le calomel, appelé par Hanot la digitale du foie, est tout indiqué. On le donnera à la dose de 30 centigrammes. Certains auteurs en continuent l'emploi pendant quelques jours, et prescrivent des doses variables, depuis 5 centigrammes jusqu'à 20 tous les matins, pendant trois ou quatre jours. Nous croyons qu'on a beaucoup exagéré le rôle bienfaisant du calomel, dans les affections hépatiques, et qu'il est plus utile de le remplacer, une fois l'effet purgatif produit, par les différents antiseptiques intestinaux, par exemple le naphtol associé au salicylate de bismuth :

Salicylate de bismuth..... } àà 50 centigr.
Naphtol B..... }

Pour un cachet n° 20, deux par jour.

Ou de salol :

Salicylate de bismuth..... } àà 50 centigr.
Salol..... }

Deux cachets par jour.

Le benzo-naphtol est également un bon médicament à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. 50 par jour, en cachets de 50 centigrammes.

Parmi les meilleurs purgatifs, et qui en même temps sont légèrement cholagogues, on peut employer, si l'indication se présente, la rhubarbe et le podophylin :

Benzoate de soude..... } àà 5 grammes.
Rhubarbe..... }

Pour vingt cachets, trois par jour (Lemoine)

Podophylin..... 15 centigr.
Evonymin..... 50 —
Extrait de jusquiame..... 50 —
Savon médicinal..... 50 —

Pour dix pilules, deux à trois par vingt-quatre heures (Liégeois).

En résumé, après avoir le premier jour donné un léger purgatif, on prescrit le régime lacté absolu. On complète le traitement avec les lavements d'eau froide suivant la méthode de Krull, et il n'est pas rare de constater une grande amélioration au bout de quelques jours.

Les grands lavements froids agissent probablement en provoquant des contractions péristaltiques de l'intestin et surtout parce qu'ils donnent naissance à un réflexe qui active la sécrétion et l'excrétion biliaire, ils amènent donc une véritable chasse biliaire, et ils augmentent encore la polyurie.

On prescrit donc, tous les matins, un grand lavement d'eau à la température de 15 degrés (1 litre à 2 litres d'eau). On recommande au malade de le garder le plus longtemps possible, dix minutes à un quart d'heure. Dans certains cas, on peut aller jusqu'à deux lavements par jour, l'un le matin, l'autre le soir.

De même que dans la balnéation, au cours des pyrexies, certains auteurs ont remplacé l'eau froide par l'eau chaude, c'est ainsi que Mosler préconise les grands lavements d'eau chaude.

Parmi les symptômes concomitants de l'ictère prolongé, il y en a un très pénible pour les malades, c'est le prurit. Quand il devient insupportable, il faut conseiller des bains de son, après lesquels on emploie des frictions calmantes :

Feuilles de coca..... 15 grammes.
Eau bouillante..... 1000 —

Ou bien, faites infuser :

Chloral..... 20 grammes.
Liqueur de Van Swieten..... 50 —
Eau distillée..... 250 —

On peut employer encore la formule suivante :

Ichtyol..... 10 grammes.
Alcool..... } à 40 —
Ether sulfurique..... }

F. S. A. Usage externe. Frictionner la peau avec cette solution (Boulland).

Une fois la convalescence bien établie, on permet au malade des légumes, des œufs, des viandes blanches, et en dernier lieu des viandes rouges.

Pendant longtemps, il doit éviter l'alcool et le vin qu'il doit boire coupé d'eau. L'ictère catarrhal est une affection bénigne en apparence, mais il constitue un premier degré de l'insuffisance hépatique, après lequel l'organe hépatique devient un lieu de moindre résistance pour les affections ultérieures. On n'insistera donc jamais assez pour recommander la sobriété.

(Gazette des hôpitaux).

CHIRURGIE

Traitement du prostatisme par l'électrisation et le massage.

Les prostatites relèvent de causes variées et sont elles-mêmes de natures diverses ; le diagnostic exact de la lésion est parfois très difficile à établir et est cependant absolument nécessaire pour instituer un traitement efficace. Voici un exemple : si la tuberculose envahit une prostate déjà malade, il est fort difficile de le savoir ; cependant, le traitement au nitrate d'argent employé communément et avec d'heureux résultats contre la prostatite gonorrhéique viendra compliquer et noircir la situation s'il s'agit de tuberculose au début.

Dans la grande majorité des prostatites, il y a présence de microbes ; ce n'est cependant pas toujours le cas. Comment peut-on s'assurer que les microbes proviennent bien de la prostate et non du canal de l'urètre ?

Voici : il faut tout d'abord aseptiser convenablement le canal de l'urètre, puis le sécher au moyen de petits tampons d'ouate hydrophile et aseptique ; ensuite, on introduit le doigt dans l'anus et on comprime la prostate de façon à en faire sortir les sécrétions ; celles-ci passent alors dans le canal de l'urètre et peuvent être recueillies et examinées.

Parmi ces microbes, se trouvent surtout des gonocoques, mais cependant il arrive fréquemment qu'ils disparaissent et cèdent la place à des microorganismes tout à fait secondaires ; n'oublions pas que la sécrétion prostatique constitue un excellent milieu de culture.

Il ne faut pas croire, d'ailleurs, que l'infection est la seule cause étiologique de la prostatite ; les auteurs mentionnent à bon droit bien des circonstances suffisantes pour amener l'inflammation de cet organe ; telles sont les affections voisines, du rectum, par exemple, les hémorroïdes, les fistules, les congestions pelviennes, l'usage abusif des diurétiques, des balsamiques, la constipation et aussi les affections générales, telles que le typhus, la morve, la pneumonie et d'autres encore.

En somme, la prostatite ne serait infectieuse que dans 50-75 %

des cas ; aussi dans les prostatites chroniques ou subaiguës d'emblée est-il assez difficile de préciser toujours l'étiologie. Quelquefois, les malades sont des neurasthéniques présentant des symptômes nombreux et pas de lésions ; d'autres fois, les lésions sont profondes et évidentes, mais sont passées inaperçues pour le malade. Dans des cas mixtes, on comprend combien il est difficile de faire la part de la nervosité.

Se plaçant au point de vue des altérations matérielles, on a divisé les prostatites en groupes très nombreux : il y a les prostatites catarrhales, desquamatives, interstitielles, folliculaires, glandulaires. On ne peut les distinguer qu'au moyen du microscope et encore il est bien rare qu'une prostate toute entière rentre exclusivement dans l'une ou l'autre rubrique.

Au point de vue du traitement, il convient tout d'abord de se conformer au degré d'acuité.

Dans la période aiguë, il ne faut pas songer à employer des méthodes particulières, il faut recourir au repos, aux émollients, aux antiphlogistiques, aux opiacés, etc., aux lavements et aux suppositoires, aux sangsues et à la glace. Dans les cas aigus, il peut y avoir rétention d'urine, il peut aussi y avoir formation d'abcès.

Le traitement des formes subaiguës et chroniques est plus difficile, mais aussi plus intéressant ; dans ces cas, le massage réussit bien spécialement s'il s'agit de gonocoques, parce qu'ils sont logés profondément dans la glande et que par ce moyen on arrive à éliminer les exsudats et même les microorganismes.

Le massage empêche la stase, favorise la circulation et ranime la nutrition. Ce traitement est ancien, il est tombé dans l'oubli et quelquefois a été repris ; on le fait faire par le malade lui-même au moyen d'un instrument approprié introduit dans le rectum, mais cette pratique est mauvaise et de nature à déconsidérer la méthode.

Le massage doit être fait par le médecin ; il introduit à cet effet dans le rectum l'index garni d'un doigt de gant en baudruche et fait de légères pressions de la périphérie de la glande vers le centre où se trouvent les canaux excréteurs.

Une pression trop forte irriterait l'organe et pourrait amener la déchirure des glandes.

Le docteur Hogge a jugé très utile de joindre l'action de l'électricité à celle du massage ; il arrive à ce résultat en fixant sur le doigt de gant un petit électrode garni de peau de chamois ; l'intensité employée est de 10 milliampères.

Comme adjuvants, on peut avoir recours à l'ergotine, à la cornutine, au salol, à la strychnine, qui diminuent la congestion.

On se trouve aussi fort bien de l'emploi de lavements de 250 c.c. d'eau à la température de la chambre (eau froide).

L'exercice modéré ne nuit pas, mais il faut absolument éviter le cyclisme, qui produit un effet désastreux beaucoup plus à craindre que celui de l'équitation.

(Gazette médicale belge).

Contribution à l'étude de la structure histologique de l'hypertrophie de la prostate. Introduction au traitement de la prostate par les opérations sur l'appareil testiculaire.

Par M. Morz.

Il importe en effet, pour se rendre compte de l'action possible des opérations entreprises sur l'appareil testiculaire pour la cure de l'hypertrophie prostatique, de connaître exactement la nature de celle-ci.

Or, à ce sujet, les auteurs diffèrent. Pour Thompson, l'hypertrophie la plus commune est celle où le stroma l'emporte sur le tissu glandulaire. Si cela est vrai, on ne comprend pas, comme le fait remarquer M. Morz, l'atrophie rapide de la prostate qui suc

cède parfois à la castration. On ne la comprend pas davantage si, comme le dit M. Launois, les vaisseaux de la prostate sont complètement sclérosés.

On se l'expliquerait mieux par contre dans la conception de Virchow qui admet que l'hypertrophie de la prostate est surtout musculaire : mieux encore s'il était démontré que c'est l'élément glandulaire qui prédomine.

Or, il résulte des recherches de M. Motz :

1° Que les vaisseaux de la prostate sont le plus souvent normaux ; qu'il est donc difficile d'admettre, comme le voulait Launois, que l'artério-sclérose soit la cause principale de l'hypertrophie prostatique.

2° Que, dans 63 p. 100 des cas, le tissu glandulaire est très abondant ; dans 33 p. 100, il est très diminué. Une seule fois, il était complètement absent.

3° Que le tissu musculaire est toujours en quantité notable ; qu'il est particulièrement abondant lorsque le tissu glandulaire l'est aussi.

On comprend dès lors que les opérations sur l'appareil testiculaire ne donnent pas toujours le résultat attendu, puisque la nature de l'hypertrophie prostatique varie.

Elles ne peuvent avoir de bons effets que si les tissus glandulaire et musculaire sont abondants. On aura donc d'autant plus de chance de réussir que la prostate hypertrophiée sera plus molle, fait d'expérience clinique déjà signalé par les observateurs.

Le travail de M. Motz a, vous le voyez, un grand intérêt ; il encouragera à poursuivre la diminution de volume de la prostate en agissant sur le testicule. On n'oubliera pas, d'ailleurs, comme nous le rappelions il y a un instant, que point n'est besoin pour cela de la castration ; la ligature des vaisseaux du cordon (l'angionévrectomie recommandée par MM. Guyon et Albarran), en amenant l'atrophie du testicule, peut suffire.

(Bull. de l'académie de médecine.)

THERAPEUTIQUE

L'emploi thérapeutique des levures et de la levurine.

Les tentatives de traitement des maladies infectieuses par l'introduction dans l'organisme d'un microbe autre que le microbe pathogène a été l'objet de nombreuses recherches. Les tentatives de bactériothérapie ne sont pas rares, ainsi a-t-on essayé de traiter la tuberculose par l'inoculation du bactérium termo, le cancer par l'inoculation du streptocoque de l'érysipèle, le charbon par le bacille pyocyanique et le pneumocoque. Dans un but de prophylaxie, M. le Dr. Richet a inoculé la tuberculose aviaire pour éviter l'infection tuberculeuse humaine. Mais il faut bien avouer que ces méthodes n'ont eu jusqu'alors qu'un médiocre succès et que la sérothérapie, accaparant l'attention des savants, a détourné de la bactériothérapie.

Cette méthode du traitement des infections par un organisme vivant a cependant donné de brillants résultats dans le traitement de l'anthrax et des maladies à staphylocoques, toutefois ce n'est pas au moyen de bactéries mais par l'usage de corps plus élevés dans l'échelle organique ; nous voulons dire : les levûres. Dès 1852, un médecin anglais avait empiriquement appliqué la levûre de bière au traitement de l'anthrax. Un français, Debouzy, obtint sur lui-même, en 1894, de merveilleux résultats par l'usage de ce même ferment qui le guérit d'une furonculose tenace. M. Gobert à la Société anatomo-clinique de Lille communiqua en 1895 de nombreuses observations de furonculose traitées avec succès par ce procédé.

En 1896, M. de Backer, avec MM. Bruhat et Charlier publiaient un véritable traité sur les ferments thérapeutiques, réservant le traitement par les levûres ou mycodermothérapie à la tuberculose,

mais relatant d'intéressantes tentatives de cette méthode contre la diphtérie, la furonculose, le diabète, le cancer et la syphilis. Le Dr. Cassaët (de Lille), appliquait ce procédé thérapeutique au diabète. M. Brocq, le dermatologiste distingué de l'hôpital Broca, ayant eu dès 1894 l'occasion de constater l'efficacité de la levûre de bière dans la furonculose chez un de ses clients, put en vérifier l'action sur lui-même et publia au début de 1899 un travail à ce sujet.

Cependant les effets de la levûre de bière (*Saccharomyces cerevisiae*) ne furent pas toujours identiques et efficaces. Il était difficile de se procurer de bonnes levûres de bière et M. Ch. Couturieux faisait remarquer que fréquemment d'autres organismes se mélangaient à la véritable levûre de bière et que selon les différences d'aération, de température, la végétation de la levûre variait et que les types divers qui en résultaient ne possédaient pas tous les mêmes propriétés thérapeutiques. Aussi M. Couturieux chercha-t-il à transformer la levûre en un produit stable. Usant dans ce but, de moyens mécaniques qui n'altéraient en rien la composition de la levûre, moyens se rapprochant de ceux employés dans l'industrie par Hansen, Reinke, Kieselvalter, Pasteur, etc., M. Couturieux est parvenu à obtenir un produit sec et inaltérable auquel il a donné le nom de levurine brute. M. le Dr. Aragon comme M. Brocq pour les levûres, eut l'occasion d'expérimenter la levurine sur lui-même et sur ses malades avec d'excellents résultats. Et après de nouvelles recherches MM. Aragon et Couturieux ont déterminé d'une manière plus précise les avantages de la levurine. Ce médicament du reste fut l'objet d'une communication de M. Lancereaux à l'Académie de Médecine et pour bien indiquer la valeur de cet agent thérapeutique d'un nouvel ordre nous ne saurions mieux faire que de donner les conclusions du mémoire de MM. Aragon et Couturieux.

1° La levûre de bière présente, dans la furonculose et l'anthrax, une action incontestable. Il est plausible que cette action consiste dans une modification du terrain, d'où la possibilité d'autres applications thérapeutiques ; mais nous ne voulons rien préjuger des recherches biologiques en cours.

2° La levurine brute, par sa composition complexe, paraît posséder au plus haut point ce pouvoir modificateur. Elle est du moins, aujourd'hui, supérieure comme action à la levûre de bière dans le traitement de la furonculose et de l'anthrax et répond au desideratum exprimé plus haut : produit efficace, constant, de conservation facile.

3° Ce produit est facilement toléré par l'estomac et paraît plutôt doué d'une action favorable sur la digestion intestinale.

4° La levurine brute se donne à la dose de une ou deux cuillerées à café par jour, suivant les tempéraments et les cas, de préférence avant manger ; la dose de trois cuillerées à café ne paraît pas indispensable pour augmenter la rapidité de l'effet. La bière paraît aujourd'hui le meilleur véhicule à choisir ; à défaut, nous recommandons l'eau légèrement gazeuse.

5° La levurine peut être prise d'une façon intermittente dans la furonculose isolée ; elle doit être administrée méthodiquement par périodes de plusieurs jours, avec reprises plus ou moins fréquentes, dans la furonculose chronique entretenue par le diabète ou l'arthritisme.

Nous pouvons ajouter à ces lignes quelques remarques, que nous devons à l'obligeance du Dr. Aragon, qui continue ses recherches cliniques sur l'emploi de la levurine : nous voulons parler de l'accoutumance au médicament. Chez les sujets qui se sont déjà traités à la levûre de bière sans succès, ou chez ceux qui ont déjà pris de la levurine pendant longtemps pour des furoncles antérieurs et qui doivent de nouveau recourir à cette médication pour une nouvelle atteinte, le Dr. Aragon prescrit trois et même quatre cuillerées à café de levurine par jour, les deux premières à deux heures d'intervalle, quand on doit en prendre trois par jour, et une toutes les deux heures quand on doit en prendre quatre.

Quelques malades aussi, qui n'aiment en général ni la bière, ni les amers, trouvent que la levurine, dont l'odeur est très agréable, à l'inverse des levures sèches, reprend en solution son goût *sui generis* ; pour remédier à cela, il est important de bien agiter la poudre dans le liquide destiné à en faciliter l'absorption (de la bière de préférence), de façon à ce qu'elle soit complètement en suspension. Dans ce cas on absorbe le liquide en une seule fois, et si le mélange a été bien fait, il ne reste aucun dépôt au fond du verre, et aucun goût dans la bouche, ce goût tenant précisément aux particules de levurine accolées, qui s'arrêtent en dernier lieu dans la cavité buccale. Le mélange obtenu dans la bière rend celle-ci mousseuse d'une façon extraordinaire et très agréable à ceux qui aiment cette qualité. Il est enfin aussi très facile et très simple de prendre la levurine dans du pain azyme. Nous avons cru utile de signaler ces petits faits, car ils répondent d'avance aux reproches qui pourraient être formulés au sujet du goût de la levurine.

Les observations publiées jusqu'ici se rapportent surtout à des cas de furoncles et d'anthrax. Il est intéressant de faire remarquer que l'action de la levurine s'étend à des états inflammatoires bien divers, pour lesquels la levure de bière avait d'ailleurs été déjà préconisée.

(*Progrès médical*).

Les liquides abondants et les viandes blanches dans la néphrite interstitielle.

La théorie de l'auto-intoxication intestinale domine à l'heure actuelle toute la thérapeutique des néphrites. Aussi conseille-t-on aux malades, surtout à ceux atteints de néphrite parenchymateuse, de s'abstenir de substances albuminoïdes, du moins sous formes solides, et leur prescrit-on le lait et les liqueurs qui en renferment. On leur permet en outre des fruits cuits, des farineux, des légumes, des graisses, tout cela pour réduire les fermentations intestinales, et ne pas irriter le rein.

Les boissons abondantes font partie intégrante du régime dans le but de favoriser la diurèse. On ajoute souvent au lait un litre d'eau minérale. De cette façon, les malades prennent 4 à 5 litres de liquide par jour quand ils sont au régime lacté absolu, 3 à 4 litres quand ils sont au régime mixte.

Généralement, les malades au début de leur néphrite interstitielle supportent assez bien une assez grande quantité de liquide ; mais quand le malade suit ce régime depuis plusieurs années, ou quand il est institué à une période avancée de la maladie, les accidents cardiaques apparaissent et si on le continue, le malade succombe.

M. le professeur C. von Noorden cherche à démontrer que les liquides abondants sont inutiles au début de la néphrite interstitielle, et directement nuisibles par le surcroît de travail qu'ils imposent au cœur dans la néphrite compliquée d'accidents cardiaques. Leur suppression, c'est-à-dire une diète liquide limitée établie au moment opportun, fait disparaître les accidents provoqués par l'abus des liquides. Cette amélioration n'est pas une règle absolue, surtout lorsqu'il s'agit de malades arrivés à la dernière période de la cachexie cardio-rénale ; mais même dans ces cas on obtient une période d'euphorie passagère, et quelquefois une survie de quelques semaines.

Il y a quatre ans, M. Noorden est consulté par un homme de 45 ans atteint de néphrite interstitielle avec dilatation du cœur gauche et rétinite albuminurique, et donnant lieu depuis quelques mois aux troubles suivants : dyspnée progressivement croissante, accès d'angoisse précordiale se déclarant surtout la nuit et s'accompagnant d'expectoration sanguinolente. Ce malade prenait 3 à 4 litres de liquide (1 litre $\frac{1}{2}$ de lait, 1 litre $\frac{1}{2}$ d'eau minérale).

Il a suffi de réduire la quantité de liquide à 1 litre $\frac{1}{2}$, en laissant

au malade le choix du liquide (lait, eau, soupe, voire même un peu de vin léger), pour voir, dans l'espace de quelques jours, l'asthme cardiaque disparaître et la dilatation du cœur diminuer d'une façon considérable. L'amélioration n'a fait que s'accroître dans la suite, et depuis quatre ans les accidents dont se plaignait le malade n'ont pas reparu ; l'albuminurie est restée ce qu'elle était auparavant.

M. von Noorden estime que, même chez les malades qui ont un cœur suffisamment énergique, il ne faut pas abuser des boissons abondantes. Il a pu notamment constater que chez eux l'élimination des produits de désassimilation (urée, acide urique, etc.) et de l'albumine n'est pas influencée par la quantité de liquides ingérés. Chez eux la quantité de ces produits éliminés dans les 24 heures par l'urine ne change pas quand ils boivent beaucoup ou boivent peu.

C'est la tradition et non l'expérience, dit M. von Noorden, qui pousse le médecin à proscrire du régime des brightiques la viande rouge, sous prétexte que les viandes blanches renferment plus de produits extractifs capables d'irriter le rein. Dans ses recherches expérimentales, il a trouvé que les viandes blanches par excellence, le poulet et le lapin, renfermaient 3 à 4 pour 1000 de créatinine, tandis que dans la viande de bœuf la proportion de ce produit de désassimilation n'atteint jamais 3 pour 1000. Quant à la coloration de la viande dite rouge, on n'en connaît pas la constitution chimique et l'on ne saurait la compter parmi les substances nuisibles pour l'économie.

L'auteur ne s'en est pas tenu là. Il a donné pendant cinq jours, à un brightique, une demi-livre de poulet, et pendant cinq autres jours de la viande de bœuf contenant la même quantité d'azote. Le dosage de l'albumine, fait tous les jours, montra que la quantité d'albumine était la même dans les deux cas. Fort de ce fait, il laissa au malade la liberté de manger du bifteck et de l'entrecôte, non pour faire de la nouveauté, mais plutôt parce que chez quelques-uns la permission de manger de la viande rouge réveillait l'appétit, arrêtait la dénutrition et ramenait les forces.

Nous dirons, avec R. Rome, chaque médecin peut essayer, avec certitude de ne pas nuire, la diététique de M. von Noorden, et avoir l'espoir de faire beaucoup de bien à ses malades.

(*Presse médicale de Paris*).

Maladies nerveuses

Contribution à la valeur simélogique de la pupille.

Par F. MARMO.

Les anomalies de la pupille (mydriase, inégalité, modification des réflexes) s'observent dans les maladies communes et sont très fréquentes, notamment dans celles du tube digestif. Dans l'hystérie et la neurasthénie, les pupilles sont plutôt dilatées, jamais rétrécies, l'inégalité et le retard des réactions sont rares. Dans les névralgies, la pupille est variable, on peut observer le mydriase unilatéral correspondant au côté malade. Dans les cas de tumeurs cérébrales, d'hémorragie cérébrale, de méningite de la base, il y a des anomalies graves et complexes. On trouve toujours l'inégalité pupillaire dans la syphilis cérébrale. La pupille est normale dans la sclérose en plaques et la syringomyélie. Dans la chorée il y a presque toujours mydriase, l'inégalité est fréquente dans la poliomyélite. Dans l'épilepsie, il y a, pendant l'accès, rigidité et myosis, dans l'intervalle des accès, de la mydriase. Dans le tabes dorsalis le myosis et le signe d'Argyll Robertson sont constants.

(*Rivista Sperimentale di Freniatria e med. leg. — Rev. neur.*)

Les crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabes.

Par TOUCHE.

Sur 40 tabétiques observés par Touche, 12 ont présenté des crises laryngées dans le tabes ; un seul n'a pas eu de crises viscérales, 10 ont eu d'autres crises viscérales, 10 ont eu des crises gastriques avec ou sans crises de diarrhée et crises rectales, un a eu des crises de diarrhée. — De ces faits il ressort : la fréquence des crises laryngées dans le tabes ; la fréquence de leur association avec des crises viscérales, avec la crise gastrique surtout ; la rareté de la crise laryngée existant à l'état isolé.

(*Presse méd. — Rev. neurol.*)

FORMULAIRE

HÉMORRHOÏDES.

Muriate de cocaïne.....	15 grains.
Ergotine.....	60 —
Ichtyol.....	65 —
Calomel.....	45 —
Vaseline.....	225 —
Lanoline.....	225 —

Un morceau gros comme une noisette introduit dans l'anus après chaque selle.

(*N.-Y. Med. J.*)

REVUE DES LIVRES

CARABINADES.

Notre confrère, le Dr. Choquette, de Saint-Hilaire, vient de livrer à l'impression le manuscrit de son nouvel ouvrage *Carabinades*.

Nous croyons que ce livre, exclusivement consacré à cinquante histoires et aventures de carabins et de médecins, éveillera la curiosité générale de la Faculté.

Sous les noms fictifs mis en jeu, nous essaierons à reconnaître, avec un éclat de rire, les bonnes figures réjouies de certains doctes professeurs, de praticiens sonores et de charlatans non moins sonores... car il y en a.

Nous avons hâte de voir ça.

Sans doute, l'imagination y est pour une bonne part, mais certaines pages sont trop vivantes et *trop du jour* pour que nous ne cherchions, point tout de suite les retentissants confrères auxquels elles s'adressent.

Tout cela entremêlé de tableaux vus, de scènes vraies, de souvenirs tristes ou macabres, de rêves bizarres, comme ceux qui viennent traverser inévitablement toute vie d'étudiant et de médecin.

Comme l'ouvrage est destiné à nos confrères seuls, auxquels il est dédié, l'auteur l'a écrit avec une liberté de style, de pensées, d'expression que sa qualité de médecin lui permettait d'ailleurs. De sorte que si quelques regards profanes s'y glissaient, ils pourraient bien être scandalisés par endroit.

Ce livre sera donc de *lecture* absolument médicale, car nos distingués confrères et poètes, les docteurs W. H. Drummond, auteur de *l'Habitant*, et Nérée Bauchemin, auteur de *Floraisons matutinales*, y ont collaboré par deux magnifiques poésies.

L'édition complète sera tirée sur papier parchemin, imprimée en encre rouge, avec couverture illustrée d'après une peinture de notre célèbre artiste Leduc représentant "Le rêve du médecin."

NECROLOGIE

Nous avons appris avec peine la mort de M. Narcisse Cartier, père de notre confrère, monsieur le docteur Cartier, de Sainte-Madeleine, et aïeul de notre ami, monsieur le docteur George Etienne Cartier, de Montréal.

Le regretté défunt était le dernier survivant de la génération dont Sir George Etienne Cartier était l'honneur et la gloire.

Nos condoléances sincères à la famille si douloureusement éprouvée.

NOUVELLES.

L'INFLUENCE FRANÇAISE AU CANADA. — M. Herbette, conseiller d'Etat, revient d'une mission dans le nord des Etats-Unis et le Canada et rapporte une excellente impression de l'accueil que lui ont fait les Canadiens d'origine française. Les Français du Canada, au nombre de 65.000 sous Louis XV sont actuellement près de trois millions ; ils ont conservé le langage, les mœurs, l'esprit de leur race et ont une affection sincère pour la France qu'ils appellent la mère-patrie, tout en étant d'un loyalisme absolu. M. Herbette regrette avec juste raison que les Français de France restent trop indifférents à l'égard de leurs frères du Canada. Il serait nécessaire que l'on resserrât les liens de consanguinité qui nous lient aux Canadiens et l'Exposition universelle se prête à une tentative de ce genre en permettant aux jeunes Français d'Outremer de venir visiter leur pays d'origine où il souhaiterait qu'ils roquissent l'accueil le plus cordial.

Nous ne saurions trop approuver le conseil de M. Herbette, le *Progrès Médical* a toujours dans la mesure de ses moyens recherché à nouer des relations avec le Canada soit en publiant annuellement dans son *Numéro des Etudiants* d'intéressants détails sur les Universités françaises de Québec et de Montréal, soit en s'intéressant aux médecins français du Canada et en annonçant et analysant leurs travaux. Il serait à souhaiter que l'exemple que nous donnons depuis de longues années fût suivi de la presse médicale française ; ce serait une imitation dont nous serions flattés sans en être jaloux.

J. NOIR.

Il reste aux médecins canadiens à se faire connaître plus et à se rendre dignes d'être reconnus et appréciés par la mère-patrie. Il faut faire comprendre et démontrer que nous, Canadiens, enfants de cette vieille France, nous travaillons, que la vitalité de nos ancêtres n'est pas éteinte. Nos médecins sont modestes et par trop craintifs. Il faut se montrer ; il faut publier nos travaux, les fruits de nos observations, de notre expérience. Il faut donner encore un bon coup d'épaule, ne pas craindre.

Aux jeunes surtout incombe le devoir de faire connaître les travaux de la médecine canadienne-française, car nous avons notre médecine nationale que nous devons développer, cette médecine d'observation et d'expérience que nos aînés nous ont enseignée. Travaillons-nous, médecins canadiens, à devenir "quelque chose" : *something, somebody*, comme dit l'anglais.

Ce n'est pas tout de travailler chacun dans sa petite sphère et de bien travailler, il faut publier, donner chacun un petit effort original, personnel. La mère-patrie nous aidera de ses critiques, de ses conseils ; elle sera peut-être surprise de ses enfants. Efforçons-nous, sortons de notre torpeur et entr'aidons-nous pour l'honneur et l'avenir de notre cher Canada. La France nous tend les bras ; disons : "Mère, nous y allons !"

NAISSANCES. — A Québec, le 27 janvier dernier, l'épouse de M. le Dr. Arthur Simard, un fils.

— A Montréal, le 13 janvier dernier, au n° 858 rue St-Denis, l'épouse de M. le Dr. Geo. T. Moreau, un fils.

— Nous apprenons avec regret que M. le Dr. Vallée, de Québec, est retenu chez lui pour cause de maladie.

SOMMAIRE

PAGES

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE : Dilatation stomacale et troubles cardio-pulmonaires. — Diagnostic du carcinome du pancréas. — Maladie de Raynaud guérie par le maniluve électro-galvanique, par Jacinto de Léon, de Montévidéo. — Péritonite tuberculeuse guérie par les rayons X.....	257
CHIRURGIE : De l'intervention chirurgicale dans les affections chroniques de l'estomac. — Traitement opératoire du carcinome de l'estomac, par M. Lindner. — Traitement de la blennorrhagie. — Du traitement des hématuries vésicales rebelles par la cystostomie sus-pubienne, par le Dr. Gustave Hahn (thèse de Lyon).....	258
OBSTÉTRIQUE : La rigidité du col de l'utérus.....	260
GYNÉCOLOGIE : Cautérisation intra-utérine, par R. Pichevin. — Le kraurosis vulvæ, par Arnoux, thèse de Paris.....	260
PÉDIATRIE : Du traitement par les bains froids de la fièvre typhoïde chez les enfants. — L'antisepsie intestinale chez les enfants.....	261
THÉRAPEUTIQUE : Le traitement du hoquet. — Pour la défense du gargarisme, par Kramolin.....	262
MALADIES NERVEUSES : Le délire dans les maladies aiguës. — Le prurit et la trichotilomanie chez les paralytiques généraux, par Ch. Féré. — Les toximanes, par Sollier. — L'étiologie du tabès dorsalis, par Kende.....	263
FORMULAIRE.....	264
NECROLOGIE.....	264

Revue des journaux

MÉDECINE

Dilatation stomacale et troubles cardio-pulmonaires.

M. Ewart a présenté à la Société clinique de Londres deux cas de dilatation stomacale gazeuse chronique. Cet état doit être opposé à la distention simple aiguë accompagnée de symptômes graves mais temporaires. Dans le premier groupe aussi le résultat mécanique est le même, le côté gauche du diaphragme est soulevé, le champ respiratoire est diminué, le cœur est déplacé, de sorte que les malades accusent de la dyspnée, de l'arythmie, de la douleur ou même de l'angine de poitrine. Les deux malades âgés de 25 et de 34 ans ne présentent pas de bruits anormaux du cœur, mais sont des névropathes. Chez le premier, les symptômes sont survenus subitement après une course forcée à bicyclette et sont plutôt gastro-cesophagiens et respiratoires que cardiaques. Chez le second, la dilatation s'est développée graduellement avec la dyspepsie dans ces dix dernières années. Plus récemment, le malade s'est plaint de douleurs angineuses, de faiblesse générale. En dehors du traitement directement dirigé contre l'affection stomacale et se résumant dans le régime, l'emploi de médicaments, les lavages, etc. Ewart préconise un traitement contre la position et le fonctionnement vicieux du diaphragme. La voussure gauche doit être abaissée, on arrive à obtenir ce résultat par des exercices respiratoires convenables qui obligent le travail respiratoire à s'exercer entièrement sur le côté gauche, tandis qu'on empêche par une attitude convenable le côté droit du thorax et du diaphragme de prendre part à la respiration. En outre des exercices portant sur les muscles abdominaux dans le but de fortifier la partie abdominale peuvent encore réduire la capacité stomacale. Il convient dans le même but de faire porter au malade une ceinture abdominale.

(Médecine moderne.)

Diagnostic de carcinome du pancreas.

M. AUERBACH fait remarquer que le diagnostic de cancer du pancréas pendant la vie n'est possible que lorsqu'à côté des symptômes propres aux affections de cette région (ictère, coliques hépatiques, douleurs épigastriques, tumeur, cachexie, etc.), il survient des signes attribuables à l'abolition fonctionnelle de la sécrétion pancréatique, la glycosurie, l'apparition dans les selles des fibres musculaires non digérées et de grandes quantités de graisses. Ces symptômes ont existé chez un malade que M. Auerbach a récemment observé.

Il s'agit d'un homme de 53 ans, vigoureux et ordinairement bien portant, qui depuis trois mois avait des douleurs épigastriques violentes, mais sans vomissements. Depuis cette époque il a perdu ses forces, a beaucoup maigri, et lorsqu'il entra à l'hôpital il présentait de l'ictère datant de quelques jours.

L'examen du malade a permis de constater l'existence d'une dilatation notable de la vésicule biliaire. L'urine renfermait du sucre. Le suc gastrique renfermait de l'HCl et ses fonctions motrices étaient normales. Les selles, de couleur grisâtre, renfermaient des cristaux d'acide gras, de nombreuses fibres musculaires et des grains d'amidon non digérés.

Tous ces symptômes ont persisté pendant quelques temps. L'ictère devint de plus en plus foncé. Le sucre de l'urine augmenta, puis disparut brusquement trois semaines avant la mort du malade. Vers la même époque on commença à sentir dans la région épigastrique une tumeur dure, irrégulière, suivant les mouvements du diaphragme et complètement distincte de la vésicule biliaire dilatée.

Le malade a succombé au progrès de la cachexie, et à l'autopsie on trouva un cancer de la tête du pancréas avec envahissement du duodénum.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Maladie de Raynaud guérie par le maniluve électro-galvanique.

Par JACINTO DE LÉON (de Montévidéo).

L'auteur cite l'observation d'une variété de la maladie de Raynaud, syncope locale portant surtout sur l'index, l'annulaire et le pouce de la main gauche. Le traitement, qui a duré quatorze jours, consistait en séances quotidiennes d'électrisation avec courants continus descendants, pôle positif à la nuque, négatif dans un récipient d'eau où plongeait la main (maniluve électro-galvanique), l'intensité était de 10 à 12 milliampères, la durée de 10 minutes.

La guérison a été complète et s'est maintenue telle six mois après.

(Annuaire d'Electrobiologie. — Revue neurologique.)

Péritonite tuberculeuse guérie par les rayons X.

M. AUSSET rapporte l'observation d'une petite fille atteinte de péritonite tuberculeuse, traitée purement et simplement par la radiothérapie. Il y a quatre mois, il existait un exsudat péritonéal très abondant, avec, au niveau de l'ombilic, de gros gâteaux péritonéaux. Au début des séances de radiothérapie, faite par M. BÉDART, l'abdomen mesurait 64 centimètres 5 ; il ne mesure plus que 56 centimètres de circonférence. Le poids de l'enfant est passé de 16,400 à 19,158 grammes. Le ventre, encore un peu gros, est souple partout. L'enfant peut être considérée comme guérie.

(Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord. — Gazette des hôpitaux.)

CHIRURGIE

De l'intervention chirurgicale dans les affections chroniques de l'estomac.

M. VINCE (Cercle médical de Bruxelles) rappelle que les essais nombreux faits jusqu'à ce jour, les succès obtenus, ont permis d'ériger en principe que toute affection d'estomac, rebelle aux moyens médicaux et entraînant une déchéance grave de l'organisme, est du ressort de la chirurgie.

L'aboutissant de toutes les dyspepsies chroniques est la stase gastrique ; c'est elle qui est l'unique cause des malaises ressentis par les malades. Cette stase résulte de la contraction prolongée du pylore, celle-ci étant elle-même la conséquence d'une viciation du chimisme gastrique. Plus cette perversion de la digestion stomacale est accusée, plus le pylore, excité par action réflexe, se contracte. Les tuniques musculaires du viscère ne peuvent vaincre ce spasme ; l'estomac se distend peu à peu (atonie gastrique) et finalement se dilate (akynésie gastrique). Les troubles chimiques précèdent le plus souvent la dilatation de l'estomac, qui est rarement primitive.

La douleur des dilatés est due soit à l'action du suc hyperacide sur la muqueuse, soit à la distention des plexus nerveux, soit encore à la contraction réflexe des tuniques musculaires qui sont en tonicité constante suivant que l'on a affaire à une dyspepsie hyperacide ou hypoacide. Les malades atteints de ces affections sont soulagés immédiatement par la gastro-entérostomie, qui supprime la stase en assurant le libre passage des aliments dans l'intestin.

Toutes les affections chroniques de l'estomac, l'ulcère rond et la maladie de Reichmann surtout, sont tributaires de la gastro-entérostomie. L'intervention hâtive dans les cas d'ulcère est justifiée par la facilité avec laquelle les lèvres de l'ulcération subissent la dégénérescence carcinomateuse ; l'âge importe peu : celle-ci fut observée chez un jeune homme de 25 ans, et l'on sait que le cancer peut se greffer sur n'importe quelle dyspepsie. Un diagnostic précis n'est du reste pas indispensable ; en l'absence d'une lésion parfaitement établie, on est autorisé à intervenir dès que l'état du malade va en s'aggravant, qu'il perd de son poids, et que l'on constate la présence de matières alimentaires dans l'estomac 12 heures après le dernier repas, ceci caractérisant une stase définitive.

La première anastomose gastro-jéjunale fut pratiquée par Wölfler, à l'instigation de Nicoladoni, le 28 septembre 1881 ; le malade guérit. Différents procédés ont été préconisés depuis ; les plus usités sont ceux de von Hacker et de Roux, chacun de ces procédés présentant d'ailleurs des avantages et des inconvénients. La réunion de l'intestin se fait soit par une couronne de sutures, soit par l'application d'un bouton de Murphy. Il faut s'attacher autant que possible, dans cette opération à éviter le reflux de la bile dans l'estomac, et le procédé de Roux semble y obvier le plus complètement ; on ne doit cependant pas s'exagérer l'importance de ce reflux, la bile n'enrayant nullement les phénomènes digestifs de l'estomac.

L'opération faite, dès que les vomissements de la narcose ont cessé, on alimente le malade ; à partir du 3e jour, on peut lui donner une nourriture solide ; s'il survient des phénomènes de putréfaction stomacale, on les combattra par le lavage de l'estomac. On surveillera l'état de la bouche, et l'on en assurera l'antisepsie pour éviter les complications parotidiennes et pulmonaires très fréquentes après ces opérations. La digestion se refait bientôt, et les douleurs et les vomissements disparaissent.

Après la gastro-entérostomie, l'estomac revient sur lui-même plus ou moins vite, suivant l'état de ses fibres musculaires. Le nouvel orifice est continent, non par formation d'un nouveau sphincter résultant de l'hypertrophie de la tunique musculaire, mais par la contraction des fibres longitudinales de l'estomac, les fibres circu-

lares étant coupées par l'incision. A l'état de vacuité, les lèvres de cet orifice sont accolées ; elles s'entr'ouvrent sous la poussée des aliments.

Des modifications importantes ont été observées dans le chimisme stomacal ; on note la diminution de l'acidité dans les liquides soit de stase, soit consécutif à un repas d'Ewald. Un fait plus curieux, c'est que chez certains cancéreux on trouve avant l'opération un chimisme hyperpeptique ou normal ; après l'opération, on note de l'hypo-pepsie et même de l'apepsie. On a attribué la diminution des acides au reflux presque constant de la bile dans l'estomac. La constipation, compagne habituelle des dyspepsies, disparaît après la gastro-entérostomie, et fait parfois place à du dévoisement ; enfin, l'urine revient à son taux normal.

M. Vince estime qu'à l'égal du syndrome appendiculaire, le syndrome pylorique doit dicter l'intervention. Il fait des vœux pour que les médecins ne temporisent plus avant d'adresser leurs malades aux chirurgiens. C'est la seule façon de réduire à son minimum la mortalité, encore assez élevée dans ces interventions, en raison de l'état précaire des patients sur lesquels elles sont généralement pratiquées.

Les résultats immédiats sont subordonnés à la technique opératoire et à la résistance des malades qui sont souvent adressés au chirurgien dans la période cachectique. Les résultats éloignés sont excellents dans tous les cas où l'on rencontre le syndrome pylorique c'est-à-dire : douleurs, vomissements, perte de poids et stase gastrique ; il en est de même dans les ulcères en voie d'évolution. Il faut, pour obtenir le maximum de bien-être, avoir soin que l'estomac puisse se vider complètement, donc ne point faire l'anastomose trop haut. Dans les cas de sténose bénigne, l'état général s'améliore rapidement ; on note des augmentations de poids de 11 à 15 kilogrammes dans l'espace de 2 à 3 mois.

M. PHILIPPEN concède l'opportunité de l'intervention dans certains cas, mais il n'admet pas la généralisation de celle-ci. D'abord le soi-disant syndrome pylorique est parfois très difficile à fixer ; ensuite le syndrome n'est pas, pour l'opération, une indication admise d'une façon absolue. La maladie de Reichmann n'est pas due, pour tous les praticiens, à une sténose pylorique, et il est avéré que certains cas n'ont pas été améliorés par la gastro-entérostomie ; un diagnostic de plus en plus précis est toujours nécessaire. Enfin, il cite un cas de dilatation stomacale qui, après gastro-entérostomie, présentait encore de la stase alimentaire douze heures après le repas d'épreuve.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Traitement opératoire du carcinome de l'estomac.

Par M. LINDNER.

On sait que dans les cas de carcinome de l'estomac avec métastases dans les ganglions régionaux, Mikulicz fait la résection de l'organe et l'extirpation des ganglions envahis. Cette pratique est destinée à mettre plus sûrement à l'abri de la récurrence. Mais nous savons que, d'une façon générale, dans le cancer, l'extirpation des ganglions n'est utile que si on enlève en même temps les vaisseaux lymphatiques correspondants pour ne s'arrêter qu'en tissu sain. Or ceci est impossible dans les cancers abdominaux, où l'infection cancéreuse franchit rapidement les ganglions.

Pour élucider ce point et pour voir si dans le cancer de l'estomac la récurrence se fait réellement dans les ganglions régionaux, M. Lindner a examiné 28 malades qui ont succombé à la récurrence après l'extirpation de leur cancer. Or dans un cas seulement, le paquet ganglionnaire local a été le point de départ de la récurrence. Le danger de la récurrence dans les ganglions régionaux n'est donc pas très grand.

Une seconde question qui se pose dans la chirurgie de l'estomac cancéreux est celle de la gastro-entérostomie ou de la résection dans les cas où il existe des adhérences. Une statistique de Fick, publiée dernièrement, montre que la survie est presque la même dans les deux cas, mais que le bien-être est plus grand chez les malades ayant subi la résection. M. Lindner a essayé à son tour de résoudre cette question par la voie statistique ; et des cas qui ont été publiés, il résulte qu'en cas de résection, 69 p. 100 de malades succombent dans les 3 premiers mois, tandis qu'avec la gastro-entérostomie, on ne trouve que 17 p. 100 ayant survécu plus d'un an. Les résultats que donne la gastro-entérostomie semblent donc moins bons que ceux que fournit la résection. Seulement il ne faut pas oublier que dans la première série on trouve des cas très avancés, tandis que la résection est faite le plus souvent chez des malades au début de leur cancer.

Pour ce qui est du bien-être et de l'état général des malades, ou doit admettre que, sous ce rapport, la résection est supérieure à la gastro-entérostomie. Mais il ne faut pas oublier que chez les malades ayant présenté des signes de sténose, la gastro-entérostomie provoque parfois un véritable retour à la santé. M. Lindner connaît un de ses opérés qui a pu pendant un temps vaquer à ses occupations ; un autre, auquel il a fait la gastro-entérostomie pour cancer, a repris son travail depuis 2 ans.

Depuis 8 mois, M. Lindner fait suivre la gastro-entérostomie d'une entéro-anastomose afin d'éviter la régurgitation des aliments qui, d'après lui, surtout chez ceux qui sont très affaiblis, compromet les résultats opératoires. Depuis qu'il a adopté cette façon de faire, il n'a pas perdu un seul sur ses 13 opérés, le 14e a succombé à une myocardite.

En résumé, M. Lindner estime que la résection doit être réservée aux cancers mobiles, facile à extirper, et que dans tous les autres cas l'opération de choix est la gastro-entérostomie. Elle est encore préférable à l'opération de Mayde, qui coupe une anse du jejunum et suture les deux bouts dans la paroi abdominale de façon à pouvoir alimenter les malades par le bout périphérique. La survie n'est pas plus longue qu'avec la gastro-entérostomie simple, et en outre l'opération de Maydl a l'inconvénient de laisser au malade une fistule intestinale qui agit sur lui d'une façon déprimante.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Traitement de la blennorrhagie.

Tous les jours la presse médicale enregistre un nouveau traitement qui permet d'abrèger la durée de la blennorrhagie qui, après la rougeole, serait la plus fréquente des maladies dans l'espèce humaine. Les nouvelles médications ont l'inconvénient de n'être d'une application facile que dans les hôpitaux ou chez des clients oisifs et fortunés.

Voici le procédé ingénieux indiqués par M. Séjournet (de Revin). Il consiste à porter l'injection antiseptique jusque dans la profondeur du canal et à l'irriguer largement. Il conseille la solution suivante :

Sublimé.....	0 gr. 25
Eau bouillie.....	750 —
Glycérine.....	250 —

L'addition de la glycérine donne à l'injection plus de consistance, la rend plus adhésive et procure à la muqueuse urétrale une imprégnation plus profonde et plus persistante.

Ces injections sont faites avec une seringue en verre d'une capacité de 20 centimètres cubes. Pour pouvoir porter profondément la solution de sublimé et désinfecter l'urètre dans tout son parcours, on adapte à l'extrémité de la seringue un bout de bougie creuse en gomme, des nos. 12 ou 13 de la filière française, bougie dont l'extrémité arrondie a été auparavant percée d'un trou au

moyen d'une aiguille à tricoter rougie au feu. On donne à cette bougie une longueur de 12 centimètres environ, ce qui correspond à la longueur moyenne de la portion spongieuse de l'urètre. On peut lui donner une longueur de 15 à 16 centimètre afin de pouvoir gagner l'urètre postérieur lorsque celui-ci paraît lui-même atteint. Il va de soi que cette sonde doit être lavée *intus et intra* avec la liqueur de van Swieten avant et après chaque injection.

La seringue une fois chargée de la solution de sublimé au 1/4000e et son embout coiffé de la sonde, on enduit celle-ci de vaseline boripuee ou salolée, on l'introduit dans le canal dont le méat a été préalablement désinfecté par un lavage au sublimé, et on l'enfonce jusqu'au bout. Alors on pousse doucement le piston de la seringue et en même temps on retire lentement la sonde qui la prolonge de façon à injecter le contenu du corps de pompe dans toute la longueur du canal.

Cette petite opération se fait dans la première semaine deux fois par jour, matin et soir, jusqu'à disparition de l'écoulement, puis une seule fois chaque matin de la semaine suivante. La guérison de la blennorrhagie, prise au début ou dans sa période d'état, s'obtient presque toujours en huit ou dix jours.

La plupart des malades ne trouvent pas que la solution de sublimé à 0,25 pour 1000 soit douloureuse ; quand ils s'en plaignent, on abaisse le titre à 0,20 et même à 0,15, pour le renforcer ensuite.

(Presse médicale de Paris).

Du traitement des hématuries vésicales rebelles par la cystostomie sus-pubienne.

Par le Dr. GUSTAVE HAHN (thèse de Lyon).

Voici une thèse d'un réel intérêt pratique et dans laquelle l'auteur arrive à des conclusions très fermes.

On observe souvent, dit-il, principalement chez les néoplasiques et les prostatiques, des hématuries vésicales, rebelles à tous les traitements qu'on peut leur imposer, graves, et qui, par leur fréquence et leur abondance, peuvent entraîner la mort du malade ou tout au moins hâter sa fin.

C'est dans le but d'arrêter ces hémorragies que nous avons proposé, sur les conseils de M. le professeur Poncet, la cystostomie sus-pubienne.

Nous la proposons d'autant plus volontiers que le manuel opératoire en est très simple et que les accidents qu'elle peut entraîner sont rares et d'ailleurs faciles à éviter.

La cystostomie sus-pubienne agit essentiellement par la mise au repos de la vessie ; elle fait cesser la congestion de l'appareil urinaire tout entier ; elle permet en outre de lutter d'une façon plus efficace contre l'infection, principale source des hémorragies. A ce triple point de vue elle mérite, suivant M. Poncet, d'entrer dans la pratique courante. Disons enfin qu'elle atténue les douleurs qui déterminent le plus souvent un état congestif de l'organe.

En présence d'hématuries vésicales rebelles, abondantes, nous pensons qu'il ne faut pas hésiter à cystostomiser. L'hésitation est d'autant moins permise que par l'accès créé dans la vessie il est possible de trouver la source même de l'hémorragie, de lutter parfois directement contre elle, comme dans le cas de corps étranger, de calculs méconnus, de varices.

Notre travail repose sur 14 observations qui nous paraissent absolument concluantes : six de ses opérations se rapportent à des individus porteurs de néoplasmes inopérables ; les autres concernent des prostatiques, un cas d'hématocèle vésicale, un cas de veine variqueuse. Nous avons laissé de côté les observations d'hématuries calculeuses, car dans ce dernier cas l'indication de l'intervention sanglante est double et le seul fait du calcul justifie l'opération.

(Lyon médical).

OBSTÉTRIQUE

La rigidité du col de l'utérus.

Quand la rigidité est liée à une lésion pathologique, elle pré-existe au travail. Comme pouvant se produire pendant ce dernier, on a décrit la rigidité spasmodique et la rigidité anatomique. Le spasme du col est réel, mais quand il existe il intéresse tout l'utérus. Il est même alors toujours bien plus accusé dans le corps que dans le col. La rigidité anatomique, qui n'est autre chose qu'une infiltration sanguine et œdémateuse du col, est l'aboutissant de tout travail prolongé. Elle est secondaire. C'est un épiphénomène de l'inertie utérine. Le col étant rigide, si l'inertie persiste et que l'œuf soit ouvert, l'infection, la putréfaction peuvent se produire. Si les contractions reprennent, le col peut céder. Ou bien il se déchire à droite ou à gauche. Dans certains cas on a vu se détacher, du segment inférieur, une véritable calotte de tissu utérin, au centre de laquelle se trouvait l'orifice cervical. Il est à remarquer que ces lésions n'ont jamais eu d'influence fâcheuse. Parfois ce n'est pas le col qui cède, mais l'utérus qui finit par se rompre.

On voit donc que la rigidité expose aux plus graves dangers.

L'expectation a fait trop souvent la base du traitement. (POTOKI).

Quand le travail traîne démesurément, on tâchera de réveiller les contractions par des bains, des injections chaudes, et l'on cherchera ainsi à prévenir la rigidité.

Si cette dernière existe, mais à un faible degré, l'écarteur Tarnier ou le ballon Champetier pourront suffire. En cas contraire, quelle conduite faudra-t-il tenir ?

Si l'enfant est mort, on pourra, à travers un orifice incomplètement dilaté, pratiquer la craniotomie ou, comme l'a conseillé M. Pinard, se servir, comme d'un cranioclaste, du perforateur et de la première branche du basiotribe.

Mais si l'enfant est vivant, M. Potocki recommande de faire, sur le col, des incisions. Le col étant entièrement effacé et la dilatation de 2 centimètres, on pourra faire, sans le moindre danger, des incisions de 2 à 3 centimètres de profondeur. Elles permettent à la tête de passer.

Ces incisions doivent être pratiquées à droite et à gauche. Si cela ne suffit pas, on en fera en arrière et en avant. Mais en avant elles ne devront pas avoir plus d'un centimètre de profondeur à cause du voisinage de la vessie.

Si la dilatation était de moins de 2 centimètres, ces incisions ne seront sans danger que si elles sont suivies de la craniotomie ou de la basiotripsie.

Si le col n'est pas effacé les incisions sont dangereuses. Il faudra recourir alors à l'opération césarienne ou à l'opération de Porro.

(Concours médical.)

GYNECOLOGIE

Cautérisation Intra-utérine.

Par R. PIOHEVIN.

M. L. Caillon a soutenu sa thèse inaugurale, à Lyon, sur les conséquences éloignées des cautérisations utérines au point de vue dystocique.

Pour venir un peu tard, ce travail n'en est pas moins utile, car il montre les lamentables suites des cautérisations intra-utérines et en particulier du trop fameux bâtonnage, mot aussi barbare que la chose elle-même.

Qui n'a pas conservé le souvenir de cette triste méthode de Dumontpallier ? Toute femme atteinte de métrite — et Dieu sait s'il en existe de par le monde — devait être traitée d'après le protagoniste de la méthode, à l'aide d'un bâton de chlorure de zinc qu'on introduisait dans la cavité utérine. La méthode, disait M. Dumontpallier, était nouvelle, bénigne, facile à appliquer et d'une efficacité absolue.

Nouvelle méthode ! M. Dumontpallier en revendiquait hautement la paternité, malgré les protestations de M. Polaillon qui affirmait avoir employé le premier, non pas le bâton, mais la flèche de chlorure de zinc. La discussion sur la priorité menaçait de s'éterniser. M. Dumontpallier tenait autant à la supériorité de son bâton chimique que M. Polaillon à celle de sa flèche médicamenteuse.

Il ne me fut pas difficile de prouver que les deux honorables adversaires pouvaient s'entendre aisément et reconnaître qu'ils avaient été précédés dans la voie dangereuse où ils se félicitaient d'engager la gynécologie française par Canquoin et par Gallard. La méthode était donc déjà vieille, quand M. Dumontpallier eut l'occasion de la lancer de nouveau avec un certain retentissement.

Que l'introduction d'un bâton ou d'une flèche de chlorure de zinc fût facile, le fait n'était pas douteux et c'est justement ce qui inspirait les inquiétudes les plus vives à tous les gynécologistes soucieux, non seulement de leur art, mais de l'avenir des malades nombreuses qui présentaient des troubles inflammatoires du côté de l'utérus. N'était-il pas évident que tous les praticiens allaient se livrer à ce nouveau genre de sport, fiers d'avoir enfin trouvé le moyen de remplacer les bons pansements vaginaux, les légers attouchements du col, par une bonne opération qui avait, du moins, le mérite de les transformer, eux craintifs manieurs d'instruments tranchants, en de brillants opérateurs ?

Les cris d'alarme qui furent poussés de différents côtés arrêtaient les médecins qui marchaient de l'avant.

Sans doute la méthode était bénigne dans ce sens qu'elle n'occasionnait pas la mort, mais elle était dangereuse parce qu'elle supprimait la fonction, transformait la surface interne de la matrice en un tissu cicatriciel partiel ou total, amenant l'oblitération de la cavité utérine en donnant naissance à des troubles dystociques plus ou moins graves.

Je sais bien que M. Dumontpallier déclarait que les accidents de la cautérisation intra-utérine étaient dus, non pas à la méthode, mais aux opérateurs inhabiles dans l'art du bâtonnage.

À l'en croire, le gynécologue devait savoir, suivant les cas, faire varier et la longueur et l'épaisseur et la composition du bâton. Tel utérus ne devait recevoir qu'un mélange déterminé, tandis que telle autre métrite devait être traitée avec une composition beaucoup plus forte.

En théorie, ces arguments pouvaient avoir une valeur relative. En pratique, ils étaient en contradiction avec des faits qui, par leur actualité et leur gravité, devaient singulièrement troubler la conscience du dernier défenseur du bâtonnage, cette méthode archaïque d'une gynécologie rétrograde.

J'ai cité à M. Dumontpallier, au cours d'une discussion, l'histoire d'une femme qui avait subi l'hystérectomie le jour même où ces débats furent soulevés à la Société d'obstétrique et de gynécologie, et dont le médecin traitant n'était autre que M. Dumontpallier lui-même.

Je ne serais pas revenu sur cette question qui me semble décidément élucidée depuis longtemps si je n'avais eu tout dernièrement l'occasion d'examiner une jeune femme qui éprouvait de vives douleurs abdominales au moment de ses règles. Cet état durait depuis plusieurs années. Il n'y a pas longtemps, la menstruation avait été supprimée et la femme en question présentait une tumeur au niveau des annexes. Suppression des règles depuis plusieurs mois, tumeur

au niveau d'une trompe : il n'en fallait pas plus pour faire penser à l'existence d'une grossesse extra-utérine.

Mais il suffisait d'interroger soigneusement la malade pour relever certaines particularités qui mettaient sur la voie du diagnostic.

Les règles étaient de plus en plus douloureuses depuis plusieurs années. Elles étaient très peu abondantes. Parfois une époque était supprimée. Dans ces derniers temps, la menstruation était devenue très irrégulière, mais la malade accusait toujours de fortes souffrances chaque fois au moment présumé des règles.

J'eus la curiosité de regarder le col dont je ne trouvais pas l'orifice externe par le touché vaginal et je pus me convaincre que la cavité cervicale était atrésiée. Alors la malade me fit connaître son histoire fort instructive : elle avait été cautérisée dans le service de M. Dumontpallier, à l'Hôtel-Dieu, et elle avait subi à la suite de son opération une série de dilatations préventives.

Voilà donc un cas où le résultat éloigné de la cautérisation intra-utérine apparaissait avec une netteté indiscutable.

Destruction partielle de la muqueuse, diminution de la quantité du sang menstruel ; déficiente canalisation utérine par obstruction progressive, d'où douleurs et en même temps formation d'un hémato-salpinx.

Il est certain que si les tentatives, faites à l'aide de l'électrolyse pour rétablir la perméabilité du trajet utérin, n'aboutissent pas, il y aura lieu de faire une opération radicale.

Nous sommes donc loin de la benignité et de l'efficacité de la méthode qui eut une telle vogue, il y a peu d'années.

Tantôt stérilité définitive ; tantôt troubles graves mettant les chirurgiens dans l'obligation de supprimer l'utérus ; dans d'autres cas, accidents dystociques plus ou moins sérieux.

Pour en revenir à la thèse de M. Caillon, qui a traité, comme il a déjà été dit, aux conséquences des cautérisations au point de vue dystocique, on constate qu'il est difficile de reconnaître au cours de la grossesse l'atrésie de l'orifice externe ou de l'orifice interne.

Mais au cours du travail, le défaut de dilatation, l'amaigrissement et la distension du segment inférieur, ainsi que la présence d'une cicatrice dure font penser à une atrésie de l'orifice externe.

Que si le tissu cicatriciel manifeste son action au niveau de l'orifice interne, l'effacement ne se produit pas.

Par le toucher, on accuse au niveau de l'isthme et on constate que l'orifice interne est transformé en un anneau dur, ligneux, inextensible.

Dans les cas moyens, la dilatation se fait mal et avec une très grande lenteur.

Il est inutile d'ajouter que le segment inférieur peut être le siège d'induration, indice de la destruction par places de la muqueuse.]

La présentation se fait au niveau ou au-dessus du détroit supérieur.

L'auteur recommande la dilatation digitale ou les incisions faites au besoin jusqu'à l'orifice interne.

Ce travail vient donc à point pour appeler de nouveau l'attention sur les méfaits de la cautérisation intra-utérine et en particulier sur les dangers du procédé de M. Dumontpallier. Sans doute, le bâtonnage de la cavité intra-utérine est abandonné par tous les praticiens et, on peut le dire, tombé ; à juste titre, dans l'oubli et dans la réprobation quasi-unanime des médecins. Mais, pour n'être plus pratiquée, la cautérisation intra-utérine avec la pâte de Canquoin doit rester gravée dans l'esprit, d'abord comme une leçon et ensuite à cause de la possibilité d'accidents consécutifs à ce mode de traitement.

Si lointains que soient les temps où sévissait le procédé de Dumontpallier, il ne faut pas oublier qu'il est des malades qui subissent encore les effets de ce traitement que nous nous félicitons

d'avoir combattu avec vigueur au moment où le triomphe rétentissait à travers les portes mal closes de l'Académie de médecine.

(*La Semaine gynécologique.*)

Le Kraurosis vulvæ.

Par ARNOUX (thèse de Paris).

Le kraurosis vulvæ, tel que l'a décrit Breisky le premier, tel que l'étudie M. Arnoux dans sa thèse, est bien une affection spéciale. Sa symptomatologie à part, les lésions constantes que le microscope y démontre, permettent de lui accorder une place distincte parmi les lésions cutanées de la région vulvo-vaginale.

Cependant, étant données l'indécision de sa pathogénie, l'obscurité qui plane encore sur son étiologie, sur son début réel, pour lui fixer une place précise et définitive dans la nosologie médicale, de nouvelles recherches, des observations plus nombreuses sont nécessaires.

L'épithélioma est une complication, tout au moins clinique, du kraurosis vulvæ qui semble assez fréquente. En considérant de près le processus histo-génitique qui relie la lésion primitive à la complication, l'épithélioma paraît plutôt une conséquence des modifications kraurotiques portant sur l'épiderme, point de limite bien tranchée entre ces deux ordres de lésions ; l'une semble se transformer en l'autre par un processus continu.

Le pronostic du kraurosis vulvæ est, à l'heure actuelle, impossible à fixer d'une façon précise. Il est néanmoins avéré qu'en dehors de tout traitement, sa marche est constamment progressive, sans rémission. D'ailleurs la dégénérescence caucéreuse commande et assombrit ce pronostic ; la lésion kraurotique renferme, en quelque sorte, l'épithélioma en puissance.

C'est encore la crainte de cette dégénérescence possible, complication grave au premier chef, qui doit guider dans le choix à faire parmi les traitements proposés. Le seul traitement rationnel sera donc celui qui remplira le mieux l'indication de prophylaxie ; c'est aussi celui qui, pour le kraurosis non dégénéré, semble avoir donné les meilleurs et les plus durables résultats. Et ce traitement, c'est l'excision de toutes les parties atteintes, dégénérées ou non. Le moyen de diérèse qui doit avoir la préférence est le bistouri, qui permet une réunion immédiate et une réparation rapide par première intention.

(*Indépendance méd.*)

PÉDIATRIE

Du traitement par les bains froids de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Est-ce que tous ceux qui, depuis vingt-cinq ans, ont soigné la fièvre typhoïde chez les enfants par les bains froids et ont proclamé l'efficacité de ce traitement, ont été jusqu'ici victimes d'une illusion ? Est-ce donc que cette conquête sur la maladie dont nous avons lieu d'être si fiers, va nous être enlevé ? Telle n'est pas l'opinion de Frantz Glénard qui, dans une étude très documentée, examine les causes et les contradictions entre défenseurs et détracteurs de la méthode des bains froids chez les enfants. Il soumet au public médical les conclusions suivantes :

“ La fièvre typhoïde des enfants est une maladie grave ; lorsqu'elle est traitée par les médicaments seuls, elle a une mortalité de 15 %. Ce taux de mortalité tombe à 2,5 % avec le traitement systématique par les bains froids. Il est de 11 % avec un traitement mixte dans lequel les bains froids n'interviennent que comme succédanés éventuels des médicaments.

La fièvre typhoïde de l'enfant reste une maladie grave, lorsqu'elle est traitée par la méthode mixte, bien que son taux de mortalité soit abaissé par cette méthode de 15 à 11 pour 100. Elle reste grave parce que ce taux n'est qu'un taux moyen, pouvant être dans certains cas, en dépit du traitement mixte, dépassé du double ou du triple. La mortalité est aussi forte qu'avec le traitement médicamenteux, si l'épidémie est grave, si l'enfant a moins de 5 ans. La maladie, avec la méthode mixte, conserve son incertitude de pronostic, son aptitude aux complications, même dans les formes bénignes, sa longue durée, sa longue convalescence, ses fâcheux reliquats parfois durables.

Il n'en est pas de même avec le traitement systématique par les bains froids, dont le taux de mortalité oscille entre des chiffres très voisins, ne dépasse jamais un maximum qui est très bas, et avec lequel le pronostic devient bon dès les premiers jours, les complications sont réduites au minimum, la convalescence est courte et la santé rendue intégrale.

Ce ne sont ni le bain froid à température trop basse, ni le bain froid à durée trop prolongée, dans les limites bien entendu où peut les conseiller un médecin, même le plus expérimenté dans l'emploi de l'eau froide, qui, par eux-mêmes, causent le collapsus, c'est le bain trop chaud ou le bain froid donné à une période trop avancée de la maladie, sans le correctif médicamenteux exigé par l'état du cœur, qui permettent à la maladie elle-même, et à elle seule, de causer le collapsus.

C'est parce qu'il n'est pas le traitement méthodique par les bains froids, c'est parce qu'il n'est pas un traitement systématique par l'eau froide, c'est parce que les bains froids ne sont pas la base, l'essence du traitement, que le traitement mixte peut laisser survenir les complications de collapsus.

Le traitement systématique de la fièvre typhoïde chez les enfants, par les bains froids, tient, comme chez les adultes, toutes les promesses qui ont été faites en son nom.

La fièvre typhoïde des enfants, lorsqu'elle est traitée systématiquement par les bains froids, est une maladie très bénigne, elle n'est une maladie très bénigne qu'à cette seule condition.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance).

L'antiseptisme intestinal chez les enfants.

M. Comby vient d'étudier tout spécialement cette question dans son nouvel ouvrage sur les *Médicaments chez les enfants*. Il donne les indications suivantes :

Avant un an on donnera surtout le benzonaphtol, le bétol, à la dose journalière de 0,05 centigrammes par mois d'âge. Un enfant de six mois recevra 0,30 centigrammes de médicament ; un enfant de douze mois pourra en prendre 0,60 centigrammes. Au-dessus d'un an, on pourra augmenter de 0,10 centigrammes par année d'âge : 0,70 centigrammes à deux ans, 0,80 centigrammes à trois ans, 90 centigrammes à quatre ans, 1 gramme à cinq ans, 1 gramme 50 centigrammes à dix ans, 2 gramme à quinze ans : si l'enfant a de la diarrhée, on associera le bismuth (sous-nitrate ou salicylate), à dose au moins égale, sinon plus forte. S'il y a constipation, on le mêlera avec la magnésie : on peut ajouter aussi un peu de bicarbonate de soude :

Benzo-naphtol.....	0,05 centigr.
Salicylate basique de bismuth.....	0,10 —
Bicarbonate basique de bismuth....	0,10 —

Pour un paquet : en faire 5 semblables que l'enfant prendra de 2 heures en 2 heures dans la journée (enfant de cinq à six mois).

On verse le contenu d'un de ces paquets dans une cuiller contenant un peu de lait et d'eau sucrée, on mêle aussi bien que possi-

ble et on introduit de gré ou de force le mélange dans la bouche de l'enfant.

Salol.....	0,10 centigr.
Magnésie calcinée.....	0,10 —
Sucre en poudre.....	1 gramme.

Pour 1 paquet, en prendre 6 semblables dans une cuillerée d'eau ou de lait (enfant d'un an).

Bétol.....	0,15 centigr.
Sous-nitrate de bismuth.....	0,20 —
Bicarbonate de soude.....	0,20 —

Pour 1 paquet, en prendre 6 semblables dans la journée, de 2 en 2 heures (enfant de trois à quatre ans).

(Gazette des hôpitaux).

THERAPEUTIQUE

Le traitement du hoquet.

Le hoquet est un syndrome fréquemment observé, consistant en un spasme clonique du diaphragme, accompagné d'une brusque expiration avec constriction de la glotte qui détermine un bruit rauque particulier. Ce syndrome, réflexe gênant mais le plus souvent insignifiant et s'arrêtant seul, est chez certains malades nerveux exclusivement rebelle ; dans quelques maladies générales graves, il peut être de cause toxique, empêcher le repos du malade et être, par sa persistance, une complication réellement redoutable. Le hoquet rebelle a fait plus d'une fois le désespoir des praticiens, qui ont bien souvent en vain épuisé pour l'arrêter toutes les ressources antispasmodiques de la pharmacologie. Souvent on a dû avoir recours aux applications électriques. Erb a obtenu de brillants succès par des badigeonnages faradiques de l'épigastre. D'autres, prétend-il, ont arrêté instantanément un hoquet rebelle par la faradisation ou la galvanisation du nerf phrénique. En bien des cas, le traitement par l'application du pôle négatif à la nuque ou le passage transversal du courant galvanique par les apophyses mastoïdes peuvent être utiles, et il en serait de même de la vive excitation de la zone de distribution du nerf. Laryngé supérieur. Au Congrès de neurologie de Bruxelles de 1897, M. Libotte rapportait de nombreux succès obtenus par l'application du pinceau faradique à la région cervicale postérieure.

D'autres procédés thérapeutiques furent encore préconisés. Leloir, en 1902, fit une communication à l'Académie des sciences sur la guérison du hoquet par la compression du phrénique gauche entre les attaches sterno-claviculaires du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Nothnagel a conseillé l'élévation de l'os hyoïde avec les doigts, procédé qui ne doit pas être des plus faciles à pratiquer.

En 1896, le Pr. Lépine (de Lyon) publia le fait curieux d'une femme qui, atteinte d'un hoquet rebelle, fut guérie à sa leçon clinique, la malade ayant dû tirer la langue pendant un temps assez prolongé, pour en montrer aux élèves l'enduit saburral. M. Laborde qui faisait à cette époque des recherches physiologiques sur l'action des tractions rythmées de la langue et sur leur application au traitement de la mort apparente, rapporta dans la *Tribune médicale* le fait du Pr. Lépine, le rapprocha pour en expliquer l'action réflexe du procédé de Nothnagel et y adjoignit une observation personnelle du Dr. Viaud (d'Agon-Coutainville) qui fréquemment incommodé par le hoquet, l'arrêtait en moins d'une minute en opérant sur la langue une traction continue. M. Laborde conseillait donc la traction continue de la langue comme traitement de choix du hoquet.

Depuis nous avons eu plusieurs fois l'occasion de suivre les conseils de M. Laborde et nous n'avons jamais pu constater d'insuccès, malgré la persistance et la violence de certains cas de hoquet rebelle dont nous rapporterons seulement les plus intéressantes observations.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une fillette très nerveuse de 6 ans et $\frac{1}{2}$ environ, qui avait été plusieurs fois atteinte de crises convulsives. Cette enfant, en plein été, après déjeuner et durant un orage, fut prise d'un hoquet dont les spasmes devinrent de plus en plus violents et répétés. Les contractions du diaphragme duraient depuis six heures quand je fus appelé auprès de la malade ; elles étaient si violentes que l'enfant couchée sur un lit, se redressait à chaque convulsion et brusquement assise, malgré ses efforts pour rester immobile, se courbait fortement en avant. Elle retombait ensuite, exténuée, sur le dos et le même spasme se reproduisait après quatre ou cinq secondes de répit. Ces crises convulsives étaient tellement violentes que la famille considérait l'enfant comme perdue. La traction continue de la langue que je pratiquai durant une minute et demie environ calma ces convulsions comme par enchantement et le hoquet ne se reproduisit plus.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un diabétique tuberculeux, en pleine cachexie, qui, depuis plusieurs jours, était atteint de dyspnée intense et d'un hoquet d'origine toxique ; ce hoquet rebelle qui n'avait pu céder à aucune médication empêchait le malade de prendre le moindre repos. La traction continue de la langue durant deux minutes environ, calma le spasme, qui reparut quelques jours plus tard, mais fut arrêté par le même procédé mis en pratique par la garde-malade elle-même. Il nous serait facile de multiplier les exemples de ce genre, car le hoquet rebelle est assez fréquent, chez les phthisiques à la dernière période, par exemple. Nous avons cru bon de rappeler le procédé de la traction continue de la langue, parce qu'il est simple, que n'importe qui peut le mettre en pratique, qu'il n'exige aucun appareil et nous a toujours réussi. En le conseillant avec des exemples à l'appui, après M. Laborde, nous pensons rendre service à la fois aux malades et aux praticiens, évitant à ces derniers le recours à l'électrothérapie qui peut, nous n'en doutons pas donner d'aussi bons résultats, mais exige des appareils qu'un médecin, surtout à la campagne, ne peut avoir sous la main et dont l'entourage du malade ne peut pas se servir.

(J. NOIR, in *Progrès médical*).

Pour la défense du gargarisme.

Par KRAMOLIN.

Sænger et Totts avaient mis en doute la valeur thérapeutique du gargarisme ; Kramolin, qui a fait quelques expériences sur ce sujet, s'est convaincu que le gargarisme n'a pas grande valeur chez l'homme dont la gorge est étroite ou qui ne sait pas se dominer, tandis qu'il remplit très bien son but chez les individus qui ont la gorge large et dont les amygdales sont tuméfiées, de sorte qu'il ne serait pas bon d'en négliger l'emploi. D'ailleurs il s'agit d'un procédé thérapeutique insuffisant qu'on doit chercher à compléter au lieu de le rejeter. Il faut d'abord renseigner le malade sur la manière de se bien gargariser. Pauli recommande de faire dire aux malades la lettre *a* et non *r* ; il est vrai qu'au début le liquide risque de descendre dans le larynx, mais au bout de très peu de temps les malades, même les enfants, arrivent à se gargariser correctement. D'après Bernatoik, il est possible de nettoyer et de laver ainsi, non seulement les amygdales, mais même la muqueuse du pharynx et de l'épiglotte, lorsqu'on fait exécuter au malade couché ou la tête renversée des mouvements de déglutition, sans avaler réellement le liquide, ce qui amène le liquide aussi bas que possible. Chez les enfants, ce procédé est un peu plus difficile. Il vaut mieux

d'après Sigmund, de n'introduire dans la bouche qu'une petite quantité de gargarisme et de la faire progresser en arrière, lentement, comme si on voulait la déglutir avec précaution, et lorsque cette petite quantité est arrivée sur l'épiglotte, immobiliser le voile du palais et rejeter au dehors, brusquement, le gargarisme. Merkel donne le conseil de laisser couler sur la langue une demi-cuillère à café de liquide en ouvrant largement la bouche, puis de faire quelques mouvements latéraux de la tête pour porter le liquide en contact avec toutes les parties de la gorge. Merkel a montré que, par ce procédé, on arrive même à laver la face postérieure des cartilages arythénoïdes. Kramolin a remarqué lui-même que plus on se gargarise à haute voix, moins il pénètre de liquide en arrière et qu'il vaut mieux faire dire au patient *ro* ou *ra* que *r* ou *re* ; le liquide pénètre ainsi plus profondément. Et en effet, dans la phonation des notes élevées, les muscles qui entourent le larynx se tendent davantage, tandis que dans la phonation des notes basses, les muscles sont relâchés, l'expiration est plus faible et l'eau qui s'écoule en arrière rencontre moins de résistance. Dans tous les cas le médecin, en prescrivant un gargarisme, doit se renseigner sur la façon dont le malade se gargarise en lui faisant faire devant lui cette petite opération. Ce n'est que chez les sujets maladroits, peu intelligents ou hystériques, ou encore chez de tout petits enfants, qu'on rencontre de réelles difficultés. Dans ces cas, on en est réduit à faire des irrigations ou des badigeonnages du pharynx ou à essayer d'injecter le liquide par les narines pour atteindre d'une façon détournée les amygdales. Mais dans la très grande majorité des cas on peut compter sur les effets du gargarisme qui sera correctement employé, surtout si le sujet se gargarise très souvent.

(*La France méd.*)

Maladies nerveuses

Le délire dans les maladies aiguës.

D'après M. DESVAULX (thèse de Paris), le délire dans les maladies aiguës est un accident qui tient autant à la réaction propre de certains individus (prédisposition) qu'à la nature même de certaines maladies (fièvre typhoïde, etc.). Il a, à peu près, la même physionomie clinique, quelle que soit la maladie infectieuse en cause, c'est-à-dire qu'il est formé des mêmes éléments psychopathiques :

- 1° Affaiblissement mental, stupeur, confusion des idées ;
- 2° Hallucinations (visuelles principalement), interprétations délirantes, rêveries, hallucinations hypnagogiques ;
- 3° Conceptions fausses, idées fixes plus ou moins erronées et appuyées sur un rêve, sur une hallucination ;
- 4° Enfin il est un caractère important qu'il partage avec les accidents mentaux d'origine toxique, le caractère "onirique" ; c'est un délire de rêve.

L'explication du délire dans les maladies aiguës est dans l'action des poisons infectieux (toxines), et des déchets de nutrition (ptomaines, leucomaines...), développés dans l'organisme. Le siège du désordre qui provoque ces accidents mentaux est le cerveau ; ce désordre a pour substratum anatomique parfois des lésions grossières (congestions, diapédèse, œdèmes, inflammations, hémorragies capillaires, etc...), parfois des lésions fines (altération de la cellule cérébrale seule), parfois enfin des simples modifications du protoplasma cellulaire qui échappent à nos moyens actuels d'investigation.

L'ensemble des troubles mentaux que nous désignons sous le nom de "délire dans les maladies aiguës" avoisinent d'autres troubles qui apparaissent dans des conditions analogues, mais qui s'en différencient nosographiquement : cette différenciation rend plus

faciles le diagnostic et le pronostic au lit du malade. Ce sont : le délire aigu, les délires toxiques, la confusion mentale, etc.

Le délire dans les maladies aiguës se différencie mieux des véranies, car celles-ci naissent en dehors d'une influence apparente et contemporaine, telle qu'une maladie aiguë, et ont d'ailleurs des formes cliniques distinctes.

En résumé, ce délire est la réaction fonctionnelle propre au cerveau en face d'un état toxique des tumeurs.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Le prurit et la trichotillomanie chez les paralytiques généraux.

Par CH. FÉRÉ.

En dehors des manifestations grossières (lésions érythémateuses ou bullaires, purpura, zona, ichtyose, etc.), des troubles de la nutrition de la peau chez les paralytiques généraux, on peut observer un prurit isolé indépendant de toute lésion cutanée appréciable et pouvant disparaître plus tard. Ce prurit primaire qu'on rencontre aussi dans les névroses, les intoxications, dans certains états généraux (diabète, goutte, ictère), dans la vieillesse, est un fait qui peut servir à l'interprétation de la *trichotillomanie* d'Hallopeau. La trichotillomanie est une affection caractérisée par un prurit interne sur toutes les parties velues du corps, et par une véritable véranie qui porte les malades non seulement à se gratter, mais surtout à arracher ou à casser les poils près de leur émergence ; il en résulte une alopecie artificielle ; ni les poils, ni les téguments ne présentent d'altérations appréciables. Féré donne comme exemple d'observation d'un paralytique général qui avait presque dénudé son pubis et ses parties génitales ; le malade avait constamment ses deux mains enfoncées dans son pantalon sous la ceinture et il passait son temps à tirer ses poils. L'état intellectuel rendant complètement nulle l'exploration de la sensibilité, on n'a aucun renseignement sur la possibilité qu'aurait eue le malade d'être provoqué au grattage et à l'épilation par un prurit lié soit à des lésions nerveuses, soit à une intoxication dont on ne trouve d'ailleurs aucun autre symptôme. On est réduit à des conjectures basées sur la possibilité de l'existence d'un prurit primaire localisé chez un paralytique général.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. — Rev. neurol.)

Les toxicomanes.

Par SOLLIER

On peut distinguer chez les intoxiqués par la morphine, la cocaïne, l'éther et les médicaments euphoriques en général, une forme *organopathique* et une forme *psychopathique*. C'est à celle-ci qu'appartiennent les *toxicomanes* qui se distinguent des autres intoxiqués d'habitude par des caractères intéressants au point de vue de l'accoutumance et du pronostic de ces intoxications. Le premier caractère consiste dans l'indifférence presque complète sur le choix des toxiques et la facilité de ces malades à en changer. La facilité à prendre rapidement de grosses doses de toxique et à en perdre l'habitude est le second caractère. Le troisième consiste dans la manière impulsive dont ils s'intoxiquent, ce qui les rapproche des impulsions et obsessions sous toutes leurs formes. Le quatrième caractère est la tendance à faire immédiatement abus du toxique employé.

Ce qui importe dans le traitement, n'est pas tant l'intoxication que l'état psychopathique, qui, chez les toxicomanes, est capital.

(V Congrès français de méd. int. — Rev. neurol.)

L'étiologie du tabes dorsalis.

Par KENDE.

Kende passe en revue et discute tous les principaux facteurs étiologiques qui ont été invoqués par différents auteurs dans la pathologie du tabes dorsalis, à savoir l'hérédité, la prédisposition neuropathique, les poisons chimiques (ergotine, saturnisme, nicotine), le froid, le traumatisme, la blennorrhagie, les excès vénériens, la syphilis et le surmenage. En ce qui concerne la syphilis, Kende conclut que celle-ci n'est pas la cause réelle du tabès et qu'elle ne peut même pas être invoquée dans beaucoup de cas comme *moment étiologique prédisposant*. Par contre, l'influence du *surmenage*, dans le sens de la théorie d'Edinger, lui paraît prépondérante dans le tabes, à côté de la *prédisposition neuropathique*. Le tabes, dit Kende en résumant son travail, repose probablement sur une faiblesse congénitale du système nerveux, ou il s'acquiert sous l'influence des surmenages.

(Zeitsch. f. klin. Med. — Rev. neur.)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU LUPUS. — Thomann.

Résorcine.....	3 parties.
Lanoline.....	4 —
Vaseline.....	2 —

On l'étend sur un linge qui est appliqué sur la partie malade matin et soir. On continue ce traitement pendant huit ou dix jours au bout desquels on applique une pomade boriquée pendant quatre ou cinq jours. Au bout de ce temps on peut recommencer l'onguent à base de résorcine. On peut alterner ainsi pendant des semaines et des mois.

(J. de méd. de Paris).

NECROLOGIE

James Paget, une des plus grandes illustrations de l'Angleterre, est mort à Londres, le 30 décembre dernier, à l'âge avancé de quatre-vingt-cinq ans.

Ce savant naquit en 1814. De bonne heure il se consacra à l'étude approfondie des sciences médicales et il fut attaché, dès sa seconde année, à l'hôpital Saint-Barthélemi de Londres. C'est alors qu'il découvrit au cours de ses travaux de dissection, un parasite que R. Owen baptisa du nom de *Trichina spiralis*. Cette découverte eut un retentissement considérable, et établit d'emblée sa réputation de chercheur.

Paget resta attaché à cet hôpital pendant toute sa carrière, et à vingt-neuf ans, il fut chargé du cours d'anatomie générale et de physiologie, et puis, plus tard, fut nommé conservateur du musée anatomique, dont il fit paraître le catalogue en deux volumes parus de 1846 à 1851.

En 1853, Paget publia un grand traité sur la pathologie chirurgicale, où il se révéla un anatomiste consommé et un opérateur habile.

Il introduisit l'emploi du microscope en Angleterre, en 1842, et le premier en montra les nombreuses applications à l'anatomie et à la physiologie.

Le corps de James Paget repose à Westminster.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Les maladies infectieuses : Diphtérie	265
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Traitement hygienique et medicamentaux de l'arteriosclérose	267
CHIRURGIE : Laparatomie et lésions rénales silencieuses -- Guérison des adénites sans cicatrice	268
OBSTÉTRIQUE : Les indications de l'opération césarienne comparée avec la symphysectomie, la craniotomie et l'accouchement prématuré artificiel -- Instructions pour les sages-femmes proposés par le gouvernement belge	270
PÉDIATRIE : Les arrêts de croissance	271
THÉRAPEUTIQUE : Traitement de l'accès d'épilepsie	372
THEOLOGIE MÉDICALE	722

Travaux Originaux

Les maladies infectieuses

Suite (1)

DIPHTÉRIE

Cette terrible maladie qui fait encore dans nos familles tant de ravages, enlevant à des parents en pleurs ces petits êtres si tendrement aimés, étaient considérés dès les temps les plus lointains comme une affection éminemment contagieuse, mais sans aucun rapport entre ses différentes manifestations.

Samuel Bard, médecin américain, essaya de prouver en 1771 l'identité de ces divers états morbides, mais ces travaux tombèrent dans l'oubli.

Il appartenait à la médecine française, par la voix du grand Bretonneau, de démontrer par des faits cliniques que toutes ces maladies à fausses membranes avaient une même origine et étaient dues à un même agent pathogène dont on ne pouvait alors que soupçonner l'existence. Cet illustre savant s'attacha particulièrement à prouver le caractère spécifique de la diphtérie, terme général sous lequel il comprenait toutes les diverses manifestations de cette affection.

Trousseau vulgarisa les idées de son maître, et le premier donna une description exacte de la diphtérie et les différentes formes sous lesquelles elles se présentent, et par ses remarquables travaux, les plus parfaites qui se soient publiées sur ce sujet, établit d'une manière définitive l'unité et la spécificité de la diphtérie.

En 1873, Klebs découvrit un bacille que Loeffler en 1884, étudia dans diverses transformations et qu'il cultiva avec succès. C'est ainsi que le bacille de la diphtérie fut appelé le Klebs-Loeffler.

Du jour de cette grande découverte, les maladies à fausses membranes n'offrirent plus aux praticiens, désireux de faire un diagnostic sérieux, les difficultés passées, et chacun de ces états morbides rentra dans le cadre qui lui était propre.

Il est reconnu maintenant que la diphtérie est une maladie toxique ; sa spécificité n'est pas due à l'existence des fausses membranes où le microbe peut pulluler plus ou moins, mais à un poison,

une toxine que celui-ci élabore, et qui fait de la diphtérie une maladie possédant de grandes manifestations générales, dont une des premières est la paralysie.

Le bacille Klebs-Loeffler n'existe que dans les fausses membranes, mais sa substance nocive circule avec le sang et va causer dans les organes des lésions souvent fort graves. Quelquefois, on a trouvé dans les viscères des bacilles diphtériques, mais ce fait est l'exception ; toujours l'agent pathogène, dans cette maladie, prépare son poison à la surface d'une muqueuse, et de là, par les capillaires, infecte tout l'organisme.

Les fausses membranes, qui sont la manifestation locale de la diphtérie, se trouvent sur les muqueuses du pharynx, du larynx, des fosses nasales, de la conjonctive, de la cornée, de la bouche, des bronches et sur la peau.

Examinées au microscope, ces fausses membranes présentent la nature première, mais non spécifique, de la maladie, le bacille de Klebs-Loeffler. Elles entraînent l'asphyxie, chez un grand nombre de jeunes sujets, plutôt par action mécanique, car le vrai danger de la diphtérie réside dans sa spécificité qui est due, comme nous l'avons déjà dit, à la toxine du bacille.

À l'examen bactériologique, on parvient aisément à faire une distinction entre les fausses membranes diphtériques et celles qui ne le sont pas. Celles-ci, au point de vue histologique, ont toutes cependant la même composition. " Les fausses membranes, dit Bouchut, quels que soient leur origine, leur nature, leur siège sur les muqueuses ou la peau, ont la même apparence et la même structure. "

Les fausses membranes non diphtériques sont dues à un streptocoque, ou à un staphylocoque, ou à un diplocoque ; ces microbes créent des membranes tout à fait semblables à celles de la diphtérie, macroscopiquement. Dans ces circonstances, le médecin, s'il est véritablement consciencieux, doit recourir à l'examen bactériologique qui lèvera tous ses doutes et guidera sa méthode de traitement.

Plus encore que dans la tuberculose peut-être, le diagnostic clinique de la diphtérie doit être accompagné de l'examen bactériologique, et, par les données suivantes, on se convaincra combien l'erreur est facile, si l'on ne se fie qu'aux symptômes extérieurs.

M. Nicolle, du laboratoire bactériologique de l'École de médecine de Rouen, a fait un examen de 30 cas diagnostiqués comme diphtériques par des médecins de la ville. Sur ces 30 examens, il y a eu 27 cas d'angine, 2 de croup et 1 de conjonctivite pseudo-membraneuse. Des 27 angines, 17 étaient diphtériques dont 15 pures, 4 à associations diverses, 6 non diphtériques (3 à streptocoques, et 3 à petits cocci), soit une erreur de diagnostic d'un 1 sur 4. Des 2 croups un seul était diphtérique.

M. Frédéric Novy rapporte que sur 8,186 observations publiées en Europe et en Amérique, le bacille de Klebs-Loeffler a été trouvé 5,943 fois.

L'institut Pasteur dans ses statistiques de 1888-1894 sur des cas de diphtérie (diagnostiqués au moins comme tels), le bacille a été vu 701 fois sur 960.

Sur 860 examens, faits dans un même laboratoire, des fausses membranes provenant de malades qu'on soupçonnait être atteints de la diphtérie, 364 (soit 42,32 pour 100) renfermaient le bacille de

(1) Voir les nos 12, 14, 16, 20, 21, 25, 32.

Klebs-Lœffler. Sur ces 364 cas d'angine diphtérique, il y avait 269 diphtéries pures, 25 associées aux streptocoques, 70 associés aux staphylocoques, microcoques, etc. Sur les 496 autres cas d'angine où le bacille de Klebs-Lœffler n'apparaissait pas, 79 étaient dus aux streptocoques, 83 présentaient le même microbe associé à d'autres microorganismes; 293 possédaient en outre le staphylocoque des microcoques divers, enfin 41 fois presque pas de microbes. (1).

Roux, au congrès de Budapest, a formulé le vœu que le médecin ait toujours recouru à l'emploi des méthodes bactériologiques pour le diagnostic précoce et certain de la diphtérie.

Hutinel, de l'hospice des Enfants Assistés, insiste particulièrement sur ce moyen de diagnostic, et dit qu'il faut examiner de toute nécessité, tous les cas d'angine quel que soit leur degré de gravité.

Ainsi, dans toutes les maladies à fausses membranes, l'examen bactériologique s'impose, et le médecin qui dédaigne y recourir pour assurer son diagnostic prend une bien grande responsabilité et s'expose parfois à des conséquences terribles qui peuvent briser sa réputation et lui enlèveront la confiance de ses malades.

BACTÉRIOLOGIE : — La diphtérie, si son bacille s'associe avec d'autres microbes pathogènes, tels que le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, présente quelques changements dans ses diverses manifestations, et son pronostic sera établi d'après la puissance de ses associations.

L'angine et le croup qui, à l'examen bactériologique ne révèle que le bacille seul, sont simples et bénins; ils tendent tous vers la guérison. L'angine et le croup qui ne présentent que le bacille et le petit coccus, le diplocoque, n'ont aussi généralement aucune gravité, mais peuvent, quoique très rarement, devenir dangereux. Si le bacille est associé au staphylocoque, ces deux maladies auront une forme plus grave, et deviendront souvent infectieuses. S'il est associé au streptocoque, cela indiquera que l'angine, le croup sont de forme toxique; c'est l'état le plus sérieux.

A l'examen microscopique d'une préparation contenant une parcelle de la fausse membrane, on voit que les bacilles de Klebs-Lœffler "sont séparés de la muqueuse, dépouillés de son épithélium, "par une couche de fibrine granuleuse et par un réseau fibrineux "adhérent au tissu muqueux. Souvent aussi la zone la plus superficielle de la fausse membrane contient des microbes divers, "bâtonnets, microcoques en chaînettes, mélangés aux amas de "bacilles diphtériques, qui sont au contraire prédominants immédiatement au-dessous." (Roux et Yersin).

S'il n'y a que des bacilles, ceux-ci peuvent être diphtériques ou ne pas l'être, bacilles pseudo-diphtériques. Les premiers ont la forme de bâtonnets, groupés par séries de 3 ou 4, réunis à angle, en T, en V, ou en accent circonflexe. On aurait, d'après la comparaison de M. T. Martin, des figures analogues "à des tas épars de "petites aiguilles, courtes et trapues, qu'on aurait laissé tomber "sur une table." Ils ont à peu près la longueur des bacilles tuberculeux, mais sont plus épais que ceux-ci. Ils sont renflés légèrement aux deux extrémités. Leur coloration est uniforme. Les bacilles pseudo-diphtériques ne diffèrent que par leurs dimensions; ils sont plus courts que les bacilles de la diphtérie vraie.

S'il n'y a que des cocci, il en existe trois variétés : 1° streptoco-

ques; 2° staphylocoques; 3° cocci Brisou. Les premiers se présentent sous l'aspect de points réunis en chaînettes; les seconds ressemblent à une grappe de raisins; les cocci Brisou affectent différents groupements, par amas de deux ou trois, quelquefois plus.

Les cocci et les bacilles se trouvent parfois mélangés; ce qui est d'une grande importance pour le pronostic. L'association du streptocoque et du bacille Klebs-Lœffler se traduit par certains signes qu'on a réunis sous le nom générique de streptodiphtérie.

Le bacille diphtérique existe dans la bouche d'individus bien portants; il vit alors à l'état de parasite. Sous l'action de quelques agents extérieurs, comme les variations atmosphériques, il se fixe et acquiert une certaine virulence et produit ses lésions graves à fausses membranes.

Quelques personnes possèdent en elles certaines substances immunisantes qui les empêchent de contracter la maladie là où d'autres personnes succomberaient infailliblement. Comme dans toutes les maladies infectieuses, il faut toujours une certaine prédisposition individuelle.

La contagion se fait par contact direct, par les baisers, par la toux, par les mains ayant touché les sécrétions suspectes, par les linges qui ont servi au malade, longtemps même après la guérison de cette affection.

Soumis à l'action des rayons solaires, il se détruit facilement; mais, à l'abri de la lumière, il peut se conserver indéfiniment. Après la disparition des fausses membranes, le bacille diphtérique peut persister un temps plus ou moins long chez l'individu guéri. S'il perd sa virulence, il affecte alors le type court; s'il l'a gardée, il demeurera virulent pendant plusieurs mois et séjournera alors plutôt dans les fosses nasales que dans la gorge.

Le bacille de Klebs-Lœffler ne circule jamais dans le sang; néanmoins, Babès et Frosch ont isolé plusieurs fois, par les cultures, le bacille diphtérique pris dans les viscères de personnes mortes de cette affection. Ils l'ont trouvé entre autres, dans le cerveau, le poumon, la plèvre, le foie, la rate et le péricarde. Nowak assure avoir trouvé le bacille de Lœffler neuf fois dans la rate de vingt-deux enfants morts de diphtérie. MM. Barbier et Tollemer ont particulièrement insisté sur la généralisation du bacille diphtérique dans les bronches et le poumon, dans le sang et dans les ganglions, surtout dans les ganglions cervicaux. D'après eux, on pourrait expliquer les paralysies bulbaires par la présence du bacille dans les centres bulbo-protubérantiels où ils l'ont trouvé sept fois sur dix sept autopsies. M. Lemoine a obtenu des cultures pures et virulentes du bacille de Lœffler avec du sang du cœur, près cinq heures après la mort. Pour ce qui est des paralysies, il faut dire que Roux et Yersin ont obtenu expérimentalement des paralysies par injection de toxines diphtériques seules.

Le bacille de Klebs-Lœffler agit par sa toxine, sorte de diastase dont même 1/500 de c. c. tue un cobaye de 500 grammes. Ce poison est insoluble dans l'alcool, et est aisément détruit par la lumière, les oxydants, l'eau iodée et le trichlorure d'iode. Fränkel considère ce produit comme une toxalbumose, Wasserman comme une albumose.

Cette toxine s'attaque à tous les organes, mais en particulier au foie et aux reins, dont les fonctions d'émonctoires concourent

(1) Laudouzi, *Semaine médicale* du 8 août 1895.

puissamment à débarrasser l'organisme des substances nocives qui viennent du dehors ou qui se sont fabriquées dans son intérieur.

Grâce aux recherches de Roux et de Yersin, on a pu préciser cette intoxication microbienne du rein, et l'anatomie pathologique nous a fait connaître, d'une façon intime, les désordres nombreux, les grandes altérations que subissent les divers éléments de cet organe.

L'action de ce produit toxique sur le foie est moins connue, mais les cellules hépatiques présentent également ces profondes altérations qui sont le tableau de l'hépatite infectieuse aiguë.

(à suivre)

Revue des journaux

MÉDECINE

Traitement hygienique et medicamenteux de l'arteriosclerose

Par G. MAURANGE

L'artériosclérose, le cardiosclérose sont de nos jours des maladies que rencontre fréquemment dans sa pratique le médecin des villes. La syphilis, le rhumatisme chronique, la goutte, le diabète, la sénilité, l'alcoolisme, le saturnisme, en sont les causes ordinaires ; le surmenage cérébral, les veillées prolongées, l'intoxication nicotinique, la dilatation chronique de l'estomac, la ménopause, l'hérédité jouent un certain rôle dans leur pathogénie. Le praticien est donc souvent appelé à traiter de tels malades. Il peut le faire avec succès, jusqu'à la période que M. Huchard a qualifié de mitro-artérielle, en suivant un certain nombre d'indications précises posées par le médecin de Necker. Pour notre part, nous avons depuis longtemps adopté les idées du maître dont nous avons suivi l'enseignement, et les améliorations remarquables et durables que nous avons obtenues nous ont encouragé à persister dans la conduite thérapeutique qu'il nous a suggérée. Bien que nous ayons déjà traité ce sujet ici même, nous croyons devoir y revenir et de nouveau exposer en détail le traitement hygienique et medicamenteux de l'artériosclérose :

I. RÉGIME. — La base du traitement hygienique est le régime lacté absolu, alterné avec un régime mitigé.

1° Pendant 10 jours, régime lacté absolu.

Prendre, par petites gorgées, une tasse de lait de 350 grammes toutes les 2 heures.

Le lait est consommé cru ou cuit, à la température de la chambre, et son usage est continué la nuit à chaque réveil.

Si le lait est mal accepté en raison de son goût, l'aromatiser avec un peu de café, une cuillerée à café de thé vert, quelques gouttes de kirsch ou d'eau de laurier-cerise ; le faire bouillir avec de l'oignon, le passer avec soin et saler ; au besoin ajouter dans une tasse sur trois, un peu de semoule, de tapioca ou de farine d'avoine.

Si le lait donne des flatulences, prendre 2 à 4 des cachets suivants :

Charbon de Belloc.....	0 gr. 25
Pancréatine.....	0 gr. 20
Benzonaphtol.....	0 gr. 20

pour un cachet.

Si le lait est mal digéré, s'il amène de la gastralgie, l'additionner d'eau de Vichy (Célestins), 1 à 2 cuillerées à soupe par tasse, ou prendre avec chaque tasse de lait une pilule de pancréatine.

Si le lait cause de la constipation, la combattre par la cascarrine, la rhubarbe, la magnésie, etc.

Si le lait donne de la diarrhée, prendre 1 à 4 des cachets suivants :

Benzonaphtol.....	0 gr. 20
Salol.....	0 gr. 20
Sous-nitrate de bismuth.....	0 gr. 40

pour un cachet.

Ou bien mettre dans chaque litre de lait une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Chlorure de calcium.....	1 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

Si le lait s'accompagne de faiblissement, de perte de forces, on peut le remplacer une fois sur trois par une quantité égale de koumys ou de képhir. On peut autoriser de prendre 2 fois par jour 1/2 verre de vin blanc de Graves, coupé d'eau d'Evian ou de Vittel, ainsi qu'une tasse de café. On tolère 100 à 120 grammes de pain.

Pendant le régime lacté absolu, réduire au minimum le travail musculaire, limiter les promenades, mais activer le plus possible les fonctions de la peau par des frictions, massage, gymnastique passive.

2° Pendant 10 jours, régime mitigé.

Deux repas par jour : midi, 7 heures.

Une tasse de lait à 7 heures du matin, avec 60 grammes de pain, une 2e à 10 heures, une 3e à 5 heures, *ad libitum* la nuit, c'est-à-dire après 11 heures du soir.

a) *Aliments autorisés.* — Pain, 120 grammes par jour. Viandes (par ordre de digestibilité) : cervelle de mouton, poulet rôti, jambon, côtelette ou selle d'agneau, bœuf bouilli ou braisé, au repas du midi seulement.

Œufs très cuits, en omelette ou brouillés, de préférence au repas du soir.

Légumes secs, en purée et passés au tamis ; frais, très cuits et finement hachés : haricots, pois, lentilles, pommes de terre, marrons, fèves, riz ; farines diverses (avoine, gruau, revalscière, crèmes de riz, d'orge, de maïs) ; pâtes (nouilles, macaronis fins) ; carottes, navets, poireaux, salsifis, raves-céleri, haricots verts, escarolle mâches, chicorée, endives, laitues, pissenlits.

Potages maigres à la purée passée, soupe à l'oignon et au lait, bouillon de poule au riz.

Desserts ; laitages, crème à la vanille, fruits en compote, fromages frais (Gervais), fromages à la crème, de temps en temps quelques fruits très mûrs : pêches, raisins, abricots, reine-claude.

b) *Aliments tolérés* et seulement à titre exceptionnel. — Rognons de mouton, porc frais rôti, peadreau fraîchement tué, les fonds d'artichaut, les cardons, les épinards, le cresson, les choux-fleurs, choux de Bruxelles, quelques poissons bouillis très récemment pêchés (merland, cabillaud, carpes), les sardines fraîches et grillées, quelques huîtres

c) *Aliments défendus.* — Viandes saignantes, faisandées ou conservées, le veau, le gibier, tous les poissons ou coquillages non compris dans la nomenclature ci-dessus, fritures, charcuterie, tomate, gras oselle, aubergine, asperges, champignons, sauces épicées, potages (bouillon), pâtisseries, fruits acides, (groseille, oranges, pommes crues), fromages faits ou odorants.

d) *Boissons.* — Lait en mangeant, si possible : 1 verre 1/2 à 2 verres au plus, par repas. Si le lait n'est pas accepté, vin blanc de Graves (1/3 de vin blanc, 2/3 d'eau de Vittel, Evian ou Alet-Buvette, cette dernière prise de préférence si l'estomac est douloureux).

Les boissons gazeuses ou alcooliques, le thé fort sont interdits. Une à 2 tasses de café sont permises. Exceptionnellement, le thé léger et froid est toléré.

Il est favorable de boire le matin, à jeun, 1 à 2 verres d'eau de Vittel ou d'Evian.

Dans le cas où le régime s'accompagne de flatulence, diarrhée ou constipation, avoir recours aux moyens sus-indiqués.

(à suivre)

CHIRURGIE

Laparatomie et lésions rénales silencieuses

Par M. PICHEVIN.

L'influence du trauma sur les états généraux n'est bien connue que depuis les travaux du professeur Verneuil qui a peut-être exagéré le rôle qu'il faut attribuer aux tares et aux lésions préexistantes dans le diagnostic des opérations.

S'il fallait en croire notre regretté maître, le nombre des individus que l'on devrait soustraire à l'action chirurgicale serait relativement considérable.

Les diathésiques, les diabétiques, les malades atteints de lésions rénales et hépatiques seraient singulièrement exposés à la mort du fait des interventions.

Sans doute une opération faite à un diabétique par exemple est plus grave que si elle portait sur un individu exempt soit d'un trouble profond et durable de nutrition, soit d'une lésion du rein ou du foie.

Cette opinion n'est cependant pas acceptée par l'unanimité des chirurgiens. Quelques-uns prétendent que l'on peut tout tenter, sous le couvert de l'antisepsie et que les malades ne succombent, après les traumatismes opératoires, que sous l'influence des germes pathogènes. S'ils ne vont pas jusqu'à professer ces préceptes dans toute leur intransigeance et leur absolutisme, ils n'en laissent pas moins entendre d'une façon très nette qu'on peut et qu'on doit opérer les malades diathésiques ou porteurs de lésions rénales etc., pourvu que les règles de l'asepsie et de l'antisepsie soient strictement respectées.

L'exagération existe dans les deux thèses soutenues avec une égale conviction dans les deux camps.

Il est bien certain que les malades que nous visons en ce moment sont plus menacés que les autres au point de vue de leur existence, mais la mort n'est pas la conséquence inéluctable des opérations faites sur les diathésiques, les diabétiques, les rénaux et les hépatiques.

S'il faut abandonner un patient à une affection dont la guérison ne peut être obtenue que par une opération, mieux vaut lui faire courir, par une intervention qui peut être curative, des risques plus considérables de mort que ceux auxquels seraient exposés d'autres opérés indemnes de toute tare organique.

Il y a lieu de n'opérer une certaine catégorie de malades qu'avec prudence et en s'entourant de certaines précautions, mais l'intervention est permise et même formellement indiquée dans des cas déterminés.

La difficulté commence au moment où il faut apprécier chaque cas en particulier. Une femme par exemple, qui est atteinte d'un fibrome et qui présente de l'albuminurie, doit-elle être opérée ? Une autre ayant une grosse tumeur dans le ventre et n'urinant que 300 grammes d'urine par jour, est-elle justiciable d'une grave intervention ?

Ce sont des problèmes que la sagacité du clinicien arrive parfois à résoudre heureusement, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Pour ma part, j'ai vu des femmes supporter admirablement de longues et pénibles opérations abdominales malgré une diminution

considérable de l'excrétion urinaire ou malgré la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine.

Dans d'autres cas, c'est à l'improviste que le chirurgien est saisi par l'apparition d'accidents qui le déroutent et qui démontrent l'exactitude des opinions professées par le prof. Verneuil.

Il faut surtout se méfier des femmes qui portent des fibromes depuis de longues années et qui ont eu des métrorragies abondantes et prolongées. On sait depuis longtemps que les pertes de sang affaiblissent considérablement les malades qui en sont atteintes, mais amènent la dégénérescence graisseuse de certains viscères et en particulier du foie. Je vais même plus loin et admetts volontiers, qu'en dehors de toute hémorragie, le fibrome détermine à la longue la sécrétion d'éléments nocifs qui sont susceptibles de produire des lésions graves du foie, du rein et du cœur. Aussi est-il indiqué d'opérer non seulement les fibromes qui produisent des accidents de compression ou des hémorragies, mais aussi ceux qui commencent à donner naissance à un état général peu satisfaisant, quoique mal caractérisé et qui semble ressortir surtout de l'anémie ou d'un affaiblissement sans cause déterminée.

J'ai le souvenir d'une femme qui fut opérée par un de mes maîtres et qui, le septième jour après l'opération, alors que la situation paraissait excellente, fut prise d'une crise cardiaque et mourut en quelques heures. A l'autopsie je pus constater que le myocarde était pour ainsi dire remplacé par du tissu graisseux. Cette malade, atteinte de fibrome, avait eu des hémorragies utérines profuses pendant plusieurs années.

Ce cas me causa une douloureuse surprise, d'autant plus que rien ne pouvait faire soupçonner la dégénérescence graisseuse du cœur.

Tout dernièrement, j'eus à opérer une malade de 47 ans environ. Elle avait des métrorragies depuis longtemps et ses pertes étaient dues à un fibrome. M. Le Pilleur avait constaté la présence de l'albumine à plusieurs reprises ; mais, grâce à des soins appropriés, l'urine était revenue à l'état normal. On ne constatait plus d'albumine depuis six ans.

Cette femme, pâle, un peu affaiblie, mais présentant, malgré son teint, les apparences de la santé, fut examinée par moi dans le cours de cette année. Je lui fis la laparotomie, qui me fit découvrir non seulement un fibrome, mais des lésions annexielles adhérentes à l'intestin. L'opération marcha régulièrement sans perte de sang et après avoir pratiqué l'hystérectomie sub-totale avec ablation des ovaires et des trompes, je fis la péritonisation. Par précaution je mis un drain dans la cavité pelvienne.

Les suites opératoires furent très simples. Pas d'élévation de température. Le pouls était bon et peu rapide. Le quatrième jour j'étais le drain. Il n'y avait pas une goutte de sang dans le pansement, et le drain lui-même n'était imbibé d'aucun liquide.

Bientôt survint de l'acélération de pouls, des intermittences, et par moments, une sensation d'oppression dans la région pré-cordiale. Sans qu'il y eut de l'hyperthermie, le pouls, de plus en plus accéléré présenta des faux pas, fini par devenir filiforme et la malade mourut le 6e jour après son opération, sans avoir présenté de vomissement. J'avoue que j'étais tout d'abord persuadé que cette malade avait succombé à une septicémie péritonéale. M. Le Pilleur émettait quelques doutes sur l'exactitude de ce diagnostic. J'avais été frappé comme lui par différentes particularités qui auraient dû modifier mon opinion. Les suites immédiates avaient été excellentes. Le pouls et la température avaient été très bons. La malade avait dormi. Elle avait uriné sans le secours d'une sonde. Elle avait été à la garde-robe. Son facies inspirait la quiétude la plus grande, quand survinrent d'abord les intermittences et la fréquence du pouls, à une époque relativement éloignée de son opération ; mais je suis tellement porté à incriminer l'infection quand la mort survient après une opération abdominale que je n'hésitai pas une minute à

mettre les accidents qui se déroulèrent sur le compte de la péritoïte.

L'autopsie démontra que le foie était dans un état de dégénérescence graisseuse très avancé et que les reins étaient atteints de dégénérescence amyloïde absolument caractérisée. Les constatations macroscopiques furent faites par l'interne du service, par M. Pettit, chef du laboratoire de Necker et par moi. — J'ajoute que le péritoïne n'était pas enflammé, mais qu'on ne fit aucune recherche bactériologique.

En présence de la gravité et de l'étendue des lésions rénales et hépatiques, nous pouvions affirmer que ces altérations d'organes si importants n'étaient pas étrangères à l'aggravation subite présentée par la malade, et même à la terminaison fatale que nous eûmes à déplorer.

Au fond et en l'absence même de toute preuve, nous admettons, volontiers qu'il y ait eu un certain degré d'infection du péritoïne. Les germes eussent été incapables d'entraîner des complications graves si le rein et le foie avaient été en bon état. Les altérations rénales en particulier ont joué un rôle prépondérant dans les suites opératoires, en mettant obstacle à l'élimination des toxines. Insignifiante avec des reins sains, l'infection a eu une issue mortelle du fait de l'altération des glandes rénales et hépatiques.

Le fait intéressant à retenir est la disparition de l'albumine dans l'urine d'une femme dont les reins sont profondément désorganisés. La sécurité que l'on semblait avoir du fait de l'albumine dans cette urine était singulièrement trompeuse. Le danger qui était suspendu sur la tête de cette malade était aussi grand que celui qui menace tout opéré dont les urines présentent une quantité plus ou moins considérable d'albumine avant l'intervention. Il n'y a donc pas lieu de trop se fier, au point de vue du pronostic, à la présence ou à l'absence de l'albumine dans l'urine des malades que l'on doit opérer. Sans doute la constatation dans un sens positif doit entrer en ligne de compte et quand il s'agit d'apprécier l'opportunité d'une opération, d'en poser les contre-indications. Mais il faut savoir que des catastrophes peuvent surgir à l'improviste, du fait même des lésions rénales ou hépatiques, alors que rien ne peut faire soupçonner la gravité des altérations qui portent sur les reins.

Il reste, au point de vue clinique, à déceler ces lésions qui aggravent si singulièrement le pronostic des opérations, ne serait-ce que pour nous enlever cette sécurité au nom de laquelle nous faisons des promesses à la malade et à sa famille.

L'avenir nous apprendra peut-être de quelle façon nous pouvons nous mettre à l'abri de ces erreurs déplorables de pronostic.

M. PICQUÉ. — Malgré ce qu'il y avait d'exclusif dans les idées de Verneuil, il est bon d'examiner les urines avant toute opération. Si l'albumine est causée par la maladie elle-même, il faut opérer ; si sa production dépend de causes étrangères, il faut attendre lorsque cela est possible.

M. LUTAUD. — M. Pichevin n'a aucun reproche à se faire, la malade dont il vient de rappeler à l'histoire serait morte fatalement peu de temps après l'opération.

M. LE PILEUR fait remarquer que personne ne répond à la question de M. Pichevin.

La question est celle-ci : y a-t-il un moyen de déceler l'état rénal.

M. BLONDEL a eu aussi un cas malheureux qui s'est terminé par de l'anurie et de l'albuminurie ; il ignore sur quoi se baser pour se déterminer ou non à une intervention.

M. BOULOUMIÉ rappelle qu'on peut faire l'épreuve de la glycosurie alimentaire et celle du Bleu méthylène. Les recherches de MM. Chauffard et Castaigne à ce sujet sont fort intéressantes.

M. PLATEAU, qui a eu à apprécier pour son propre compte la valeur de ce dernier procédé, pense, devant son peu de précision,

que rien ne vaut l'examen microscopique et le dosage sérieux de l'urine.

M. PICHEVIN : Je remercie mes confrères des renseignements qu'ils ont bien voulu me donner. Je doute un peu que les moyens indiqués par eux puissent nous mettre à l'abri des surprises dont j'ai parlé et nous révéler exactement l'état des viscères qu'il serait si important de connaître avant l'opération. Quoique les expériences en question soient toujours à exécuter, on pourra les mettre en pratique dans des cas douteux. Il n'est cependant pas facile, dans une grande clinique où il y a tant d'opérations à faire, de soumettre tous les malades aux épreuves dont parle M. Bouloumié et, de plus, d'analyser complètement leurs urines, tant au point de vue quantitatif qu'au point de vue qualitatif. Néanmoins, il y a là des sources de renseignements qui peuvent servir à poser des indications et des contre-indications des opérations et nous ne les négligerons pas en cas de besoin.

Je répondrai à mon excellent maître et ami M. Picqué que je ne confonds pas la gravité des suites opératoires suivant que l'intervention s'applique soit à un acoolique, par exemple, soit à un diabétique avéré. J'ai été trop l'élève de notre regretté maître Verneuil pour ne pas connaître la différence du pronostic qu'il faut porter quand l'opération est faite soit à un individu qui a une énorme quantité de sucre dans l'urine, soit, si l'on veut, à un tuberculeux dont les lésions pulmonaires sont peu avancées.

Le pronostic est plus ou moins sévère suivant les cas, mais le mauvais état général aggrave toujours la situation : voilà le point de doctrine.

(Société méd. de l'Élysée, — J. M. de Paris.)

Guerison des adénites sans cicatrice

Le Dr RACLOT a parlé à la séance de l'Association de chirurgie de l'intervention opératoire dans les adénites cervicales ; il n'est pas partisan du bistouri.

« Les adénites cervicales, dit-il, sont infiniment moins graves par elles-mêmes que par les stigmates disgracieux qu'elles laissent et auxquelles le public attache une signification fâcheuse.

Or, le traitement qui, à l'heure actuelle, paraît avoir toute la faveur des chirurgiens, si l'on s'en rapporte aux thèses les plus récentes — à savoir l'extirpation — ne tient aucun compte de cette réflexion si judicieuse et si juste de Bazin.

L'extirpation de l'adénite cervicale laisse une mutilation au point de vue esthétique.

L'extirpation dans l'adénite est la pire des thérapeutiques et cependant presque tous les chirurgiens la pratiquent d'emblée et j'ajouterai de gaieté de cœur.

C'est contre cette manière de faire que je m'élève en avouant qu'elle a été aussi la mienne pendant de trop longues années.

L'objectif constant du chirurgien en présence d'une adénite cervicale doit être de guérir sans laisser de trace aucune.

J'ai, dans ce but, injecté avec l'aiguille de la sereigne de Pravaz dans les ganglions tous les liquides possibles : teinture d'iode, eau salée, naphthol camphré, culture de staphylocoques ou de streptocoques préalablement stérilisées, chlorure de zinc, essence de térébentine, éther iodoformé.

Comme le traitement marin, le même agent chimique peut conduire, suivant les cas, soit tantôt à la résolution, tantôt au ramollissement.

Malheureusement il n'est pas un liquide qui conduise sûrement à l'une ou à l'autre.

Et puis il faut prendre mille précautions pour agir sûrement sur le ganglion et ne pas altérer la peau, ce qui serait aller contre le but poursuivi.

Ainsi l'essence de térébentine ramollit facilement le ganglion mais entame souvent la peau.

De tous ces liquides, celui qui m'a le mieux réussi, c'est la solution de chlorure de zinc au 1/50. L'injection, répétée 3 ou 4 fois à deux jours d'intervalle, de 2 à 3 grammes de cette solution, a amené presque constamment un commencement de ramollissement ; je continuais ensuite et je finissais le traitement par des ponctions et des injections de naphthol camphré.

Ainsi donc je ne fais jamais d'opération sanglante lorsque je puis m'en passer. Je la réserve pour les seuls cas où le malade se présente à moi avec une peau déjà ulcérée ou largement détruite, où, en un mot, il n'y a rien à perdre, où il y a quelque chose à gagner au point de vue esthétique à recourir à une intervention sanglante."

(Gazette médicale belge).

OBSTÉTRIQUE

Les indications de l'opération césarienne comparées avec la symphysectomie, la craniotomie et l'accouchement prématuré artificiel

Par le Dr FANCOURT BARNES, de Londres.

M. Barnes, pense que l'on peut étendre les limites de l'indication de l'opération césarienne parce que la mortalité, qui était de 81,2 0/0 avant 1880 (statistique de HARRIS, 138 cas) a baissé jusqu'à 8% (LEOPOLD, 50 cas) et 6,8% (OLSHAUSEN 29 cas). Ce résultat est entièrement dû à l'amélioration de la technique dans les opérations abdominales et à la suture utérine. Olshausen et Léopold ont prouvé que la résistance de la cicatrice dans la paroi utérine contre l'extension dans une grossesse ultérieure est suffisante. La diminution de la mortalité de l'opération césarienne est une des causes pour étendre ses limites et pour l'appliquer dans des cas où autrefois la craniotomie avait été indiquée.

D'autre part, la perforation d'un enfant vivant est considérée indigne de la haute position que l'obstétrique moderne doit avoir. On veut une opération par laquelle l'enfant aussi bien que la mère puisse être sauvé, pour admettre la craniotomie seulement dans les cas où l'enfant serait déjà perdu.

Si l'on veut éviter la craniotomie (de l'enfant vivant) on peut provoquer l'accouchement prématuré ou faire soit la symphysectomie, soit l'opération césarienne.

La mortalité de la mère dans l'accouchement prématuré artificiel n'est pas plus grande que 1% — 2%, celle de l'enfant au contraire 33%, résultat déplorable, mais fatal.

1° parce que l'enfant est délicat et souffre trop dans le travail ;

2° parce que la fréquence des interventions, à cause des présentations vicieuses et d'inertie utérine est très grande ;

3° parce que beaucoup de ces enfants périssent dans les premières semaines de leur vie extra-utérine.

Ainsi, l'accouchement prématuré artificiel, presque inoffensif pour la mère, ne donne que des résultats médiocres pour l'enfant. En outre on manque souvent l'occasion de provoquer l'accouchement prématuré parce que la grossesse est trop rapprochée du terme.

La symphysectomie et l'opération césarienne ont une prognose beaucoup meilleure pour l'enfant.

La symphysectomie n'est indiquée que dans les cas où le bassin ne soit pas trop vicié, parce que l'agrandissement de la distance promonto-suspubienne ne pourra être de plus de 1,3 centim. (half an inch) sans lésions des articulations sacro-iliaques. Quand on applique le forceps, la dilatation ultérieure du bassin n'est pas

à prévoir, les lésions des parties molles ne peuvent être contrôlées par l'opérateur. On ne peut considérer l'opération comme une opération définitive, elle est seulement une opération préparatoire. La mortalité est très grande. Neugebauer a compté sur 108 cas (avant 1860, une mortalité de 36,1% pour les mères, de 44,4% pour les enfants. Dans les mains habiles de PINARD, la mortalité (de l'année 1892 jusqu'à 1894) était de 10,84% pour les mères, 14,5% pour les enfants, précisément le double de celle de l'opération césarienne.

Ainsi l'opération césarienne semble être l'opération de choix. Elle peut être faite dans tous les cas, indépendamment de la cause de la dystocie, elle peut être combinée à d'autres opérations, comme l'enlèvement de tumeurs utérines ou extra-utérines ; quand la cause de la dystocie ne peut être enlevée, elle permet de stériliser et de sauver la mère des dangers d'une grossesse ultérieure ; elle est sans aucun doute le moyen le plus expéditif pour vider l'utérus dans les cas d'urgence ; enfin, la mortalité pour la mère, aussi bien que pour l'enfant, est moindre que celle de la symphysectomie, et les résultats deviennent toujours meilleurs.

Pendant les dix dernières années, l'opération césarienne ne fut faite aucune fois sur 40,000 cas d'accouchement dans la Royal Maternity Charity à Londres. La cause est la fréquence minime des viciations pelviennes à Londres, sans doute due aux conditions hygiéniques assez bonnes et toujours améliorées de la population pauvre de la capitale.

De ces 40,000 accouchements, 228 (5% des cas) furent terminés par une application du forceps. De 228 mères, il en mourut une. La version fut faite dans 52 cas, une mère mourut. La craniotomie fut exécutée seulement 14 fois.

Ces chiffres contrôlés par le Registrar general of births, deaths and marriages sont absolument corrects et prouvent la rareté des viciations pelviennes.

Conclusions. — I. Je pense que la symphysectomie n'a pas prouvé sa raison d'être et je ne peux m'empêcher de croire que les éminents accoucheurs qui ont fait son éloge l'abandonneront dans l'avenir.

II. L'accouchement prématuré artificiel aura, dans certaines limites, toujours une place attirée et utile entre les opérations obstétricales.

III. Nous sommes forcés, après une étude attentive des dernières publications sur l'opération césarienne, de convenir qu'elle est une opération scientifique et justifiée et qu'elle sera exécutée à l'avenir grâce à l'avancement de la science obstétricale, dans beaucoup plus de cas qu'autrefois.

(Revue prat. d'obstét. et de gynécol.)

Instructions pour les sages-femmes proposées par le gouvernement belge

ARTICLE PREMIER. L'antisepsie est obligatoire pour la sage-femme.

Avant toute pratique sur la personne d'une cliente, la sage-femme est tenue de se laver et de se nettoyer entièrement les mains, ongles compris, ainsi que les poignets et les avant-bras ; de porter, en outre, s'il s'agit d'une cliente en couches, des manches en caoutchouc ou en toile soigneusement lavées, et, en général, de prendre tous les soins de propreté et les précautions désirables pour éviter de provoquer toute affection ou maladie, spécialement la fièvre puerpérale.

Notamment, elle doit :

1° Procéder à la toilette externe de la parturiente, en faisant un savonnage énergique, puis un lavage au sublimé à un pour mille ;

2° Procéder à des injections vaginales avant l'accouchement, quand les organes ne sont pas dans l'état physiologique, ou lorsqu'il y a eu introduction de la main dans le vagin. Ces injections se feront avec une solution du sublimé à un pour mille (avec addition obligatoire de cinq grammes de chlorure de sodium par litre, de manière à maintenir toujours le tirage en sublimé de la solution).

Les sages-femmes pourront ainsi se servir d'une solution phéniquée à deux et demi pour cent, faite au moyen d'acide phénique pur cristallisable.

Il est entendu que les injections utérines, nécessaires quand la main a été introduite dans l'utérus, seront toujours réservées au médecin ;

3° Les sages-femmes ne pourront faire d'injections vaginales après l'accouchement physiologique, ni dans les suites de couches normales ; si les suites de couches étaient anormales, elles devraient faire appeler un médecin. Elles devront appliquer le thermomètre pendant la période puerpérale ;

4° Si la sage-femme a été en contact avec une personne atteinte d'une maladie infectieuse ou transmissible, elle devra, pour écarter tout danger de contamination, se soumettre, ainsi que ses vêtements et les objets dont elle doit se servir à une désinfection complète, en suivant les prescriptions de la Notice sur la désinfection publiée par le gouvernement.

ART. 2. — Les sages-femmes doivent être munies d'une trousse renfermant les objets indispensables, à savoir : injecteur d'Esmarch, ciseaux à pointes mousses, thermomètre éprouvé, sonde de femme, sonde d'homme en gomme élastique, stéthoscope, seringue à lavement, seringue de Pravaz, ergotine formule Yvon, solution phéniquée ou sublimée suivant les formules de l'article 1er.

Les instruments seront désinfectés chaque fois qu'ils auront été employés, soit par le passage à l'eau bouillante pendant un quart d'heure, soit par un trempage de 10 minutes dans la solution chaude d'acide phénique. Immédiatement avant leur emploi, ils seront essuyés au moyen d'un tampon imbibé d'une des solutions désinfectantes de sublimé ou d'acide phénique.

ART. 3. — Dans la pratique de son art, la sage-femme peut administrer :

1° Les lavements et les laxatifs ;

2° Le seigle ergoté et ses dérivés, mais seulement après la délivrance ;

3° Le laudanum, mais seulement dans le cas d'un avortement imminent, et en attendant l'arrivée du médecin.

ART. 4. — La sage-femme est tenue de faire appeler immédiatement le médecin dans les cas suivants :

A. — Pendant l'accouchement :

a) Dans tous les cas où elle ne se rendrait pas exactement compte de la présentation et serait incertaine sur la conduite à tenir ;

b) Lorsque la présentation est anormale (présentation de la face, du siège ou présentation transversale).

c) Dans les cas de procidence du cordon ;

d) Lorsqu'il y a un rétrécissement ;

e) Lorsqu'il survient une hémorragie ;

f) Lorsque la cessation des bruits du cœur indique la mort de l'enfant.

B. Après l'accouchement :

g) Si, à l'inspection de l'arrière-faix, la sage-femme trouve qu'il y manque des morceaux de membranes de l'œuf ;

h) Si le périnée a été déchiré pendant l'accouchement. (Dans ces deux derniers cas, si l'accouchement a eu lieu pendant la nuit, la sage-femme pourra attendre, s'il n'y a pas urgence, jusqu'au lendemain matin pour faire appeler le médecin) ;

i) Lorsque une heure après la naissance de l'enfant, la délivrance ne s'est pas effectuée ;

j) Lorsque, après l'accouchement, que la délivrance soit effectuée ou non, il survient une hémorragie qui ne puisse être arrêtée par le massage de la matrice ou par les autres moyens dont la sage femme dispose ;

k) Lorsque les lochies prennent de l'odeur ;

l) Lorsque l'accouchée a plus de 38° C. sous l'aisselle pendant vingt-quatre heures ;

m) Dans les cas d'hémorragie grave survenant pendant les couches.

ART. 5. — En cas de décès de la parturiente ou de l'enfant pendant ou à la suite de l'accouchement, la sage-femme qui n'aura pas été assistée d'un médecin sera tenue d'en donner avis, dans les vingt-quatre heures, au président de la Commission médicale dans le ressort de laquelle l'événement s'est produit, en donnant tous les renseignements utiles, tant sur les circonstances qui ont amené la mort, que sur les démarches faites pour appeler, en temps opportun, un médecin.

ART. 6. — Toute pratique de vaccination par la sage-femme est prohibée.

ART. 7. — La sage-femme chez qui s'est introduite une élève est tenue d'avertir immédiatement, par écrit, tant du jour de la sortie de cette élève, le président de la Commission médicale du ressort, en lui fournissant tous les renseignements utiles au sujet de la manière dont le stage se fait ou s'est effectué.

Ce stage est surveillé par la dite Commission.

ART. 8. — Les sages-femmes porteront un livret renfermant les présentes instructions.

M. Charles fait suivre ce règlement des réflexions suivantes :

« En attendant les nombreuses observations que ce projet soulève, signalons les injections vaginales sublimées à 1 p 1000, qui ne tarderaient pas à occasionner les accidents les plus graves et parfois mortels. Le gouvernement en assumerait sans doute la responsabilité !

La Commission ignore donc que la dose admise actuellement n'est que du CINQUIÈME, soit 20 centigrammes par litre. . .

(J. de méd. de Paris).

PÉDIATRIE

Les arrêts de croissance

M. SPRINGER (Académie de médecine) étudie les causes de ces arrêts de croissance. Un certain nombre de sujets présentent un ralentissement, et quelquefois un arrêt de croissance qui diminue la taille que leur hérédité comporte. Les causes de cet amoindrissement sont, le plus souvent, des intoxications acquises ou transmises par les parents ; telle est l'action de l'alcool, de la morphine, du plomb. De toutes les maladies qui produisent le même effet, l'héredo-syphilis occupe le premier rang. Toutes les manifestations toxi-infectieuses peuvent aboutir à ce résultat par dystrophie générale en déterminant des lésions du système vasculaire qui entravent le développement. Les troubles gastro-intestinaux chroniques en pervertissant le chimisme de la digestion, entravent l'assimilation des éléments nutritifs qui apportent les substances nécessaires à la croissance. La conséquence fréquente de ces élaborations anormales est la congestion du foie. Les auto-intoxications répétées produisent des hépatites chroniques. Les troubles dans les fonctions du foie jouent un rôle important dans les arrêts de croissance. Ces faits permettent d'expliquer en partie le rôle néfaste de l'alcool. L'insuffisance thyroïdienne peut également intervenir. L'ingestion de corps thyroïde frais réussit alors fort bien. De même l'insuffisance respiratoire entraînée par les végétations adénoïdes et cédant

après leur altération. Les exercices de gymnastique suédoise peuvent également intervenir contre cette insuffisance.

Comme traitement, M. Springer signale encore le mercure dans l'hérédo-syphilis, la quinine chez les paludéens, la médication saline et l'hydrothérapie dans le lymphatisme, les bouillies et décoctions de céréales. Il insiste surtout sur l'utilité des excitations locales vers les cartilages de conjugaison. Les procédés pour obtenir cette excitation sont très variés. On peut appliquer la nuit des compresses imbibées d'une solution saline renfermant des eaux-mères, des sels d'eaux-mères et du chlorure de sodium. Les frictions et le massage sont des adjuvants utiles. Mais les applications électriques sont très efficaces. On peut employer tous les moyens d'excitation locale électrique en ayant recours à la galvanisation, à la faradisation, à la franklinisation. On obtient des résultats rapides en combinant l'électricité statique et la faradisation des muscles qui entourent le cartilage inférieur du fémur.

(*Progrès médical*).

THERAPEUTIQUE

Traitement de l'accès d'épilepsie

Par CARRIÈRE (de Lille)

Pour l'accès, il faut autant que possible écarter les mâchoires et introduire entre elles un bouchon, un bout de bois, ce que l'on a sous la main : ceci pour prévenir la morsure de la langue.

La tête doit être légèrement tournée à droite ou gauche pour favoriser l'écoulement de la salive ou de l'écume de la bouche.

Si la respiration est difficile, il convient de pratiquer des tractions rythmées de la langue ou la respiration artificielle ; il convient également de soutenir et d'élever l'os hyoïde.

A ce moment toute tentative thérapeutique est inutile. Tous les moyens préconisés échouent misérablement. Il ne faut pas fatiguer le malade par des manœuvres platoniques. Il est nécessaire seulement de veiller à ce que le patient ne se contusionne pas dans ses mouvements convulsifs qui, du reste, sont ordinairement peu violents.

Une fois la période startoreuse arrivée, il faut soigneusement respecter le sommeil du malade, le laisser se réveiller tout seul sans intervenir en aucune façon.

En tout ceci, on le voit donc, pas de médicaments ! L'action doit se borner à surveiller l'évolution de la crise de façon que celle-ci cause le moins de dégâts sur le malade.

Mais l'accès, au lieu de tourner court, se répète, l'état de mal se confirme, qu'est-ce qu'il nous faut faire ?

Ici encore tout n'est que chaos.

Le patient devra être placé dans une chambre obscure : le plus grand silence ne doit y cesser de régner. On se gardera soigneusement de le tourmenter de manœuvres inutiles, voire même dangereuses. Du calme, rien que du calme et le plus de calme possible. Je rejette absolument à ce compte toute tentative intempestive pour faire boire le malade.

La première chose à faire sera de donner un grand lavement évacuant, selon la formule :

Sulfate de soude.....	20 gr.
Follicules de séné.....	20 gr.
Miel de mercuriale.....	40 gr.
Eau glycérolisée.....	210 gr.

La saignée, copieuse et rapide, m'a donné, en deux cas, d'excellents résultats. J'en dirai de même du lavage du sang. J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'hématocathartose chez des épileptiques en état de mal, et tous deux ont guéri.

J'ai obtenu aussi le retour à la santé d'un épileptique en état de mal chez lequel j'employais la chloroformisation suivant le pro-

céde dit "à la reine". Nous avons employé, dans le service de M. le Professeur Pitres, mais sans aucun résultat, le bromure d'hyoscine, l'hydrobromate d'hyoscine, la sulfate d'atropine. Ce qui, dans quelques cas, réussit assez bien, ce sont les lavements chloralés : souvent ils produisent des cures inespérées.

Quand au nitrite d'amyle préconisé par Crichton-Browne, et à l'hydrate d'amyle employé par Wildermuth, Gurtler et Nacke, ils n'ont jamais donné les résultats attendus. J'en dirai de même du sulfate de morphine auquel Trowbridge attribue des succès.

Ce sont encore les bromures qui, ici, semblent donner les résultats les plus satisfaisants. Le meilleur moyen de les faire absorber est d'introduire une sonde œsophagienne de petit calibre par l'une des narines et de pousser dans l'estomac, à l'aide d'une seringue, la solution de bromure de potassium associé au chloral suivant la formule :

Bromure de potassium.....	5 à 10 gr.
Hydrate de chloral.....	4 à 8 gr.
Eau de fleur d'oranger.....	200 gr.

Dans le même ordre d'idées, j'ai obtenu de bons résultats en introduisant de la même façon dans l'estomac 4 à 5 cuillerées par jour de la potion :

Croton chloral hydraté.....	5 à 10 gr.
Alcool.....	10 gr.
Glycérine.....	20 gr.
Eau distillée.....	120 gr.

Mais souvent l'on n'a même pas le temps d'user de ces moyens, le sujet asphyxie : c'est à la respiration artificielle, aux tractions rythmées de la langue, à la faradisation des muscles thoraciques que l'on aura recours. Si l'état de mal se prolonge, on introduira dans l'estomac quelques aliments liquides.

(*J. de méd. de Paris*.)

Theologie Medicale.

Judi dernier, le 15, avait lieu dans une des salles de l'Université Laval, la première conférence de M. l'abbé Lecoq, sur les rapports de la théologie avec la médecine.

L'assistance, composée en grande partie de médecins et de prêtres, a écouté avec un profond recueillement les savantes et éloquentes remarques du conférencier qui avait pris pour sujet de son premier entretien : la castration féminine.

Celle-ci ne doit se faire que dans les cas graves alors que la science médicale est impuissante à soulager la malade autrement que par l'enlèvement des ovaires. Certains chirurgiens abusent de cette opération. Fait dans le but unique de sauver la femme des devoirs de la maternité, cet acte est criminel et contraire aux lois naturelles.

Il est laissé à l'honnêteté de l'opérateur de connaître le moment propice où doit se faire cette opération, mais autant que possible, que le chirurgien ne limite cette castration féminine qu'aux cas extrêmes, et jugés comme tels, après une consultation avec d'autres confrères.

M. l'abbé Lecoq continuera la série de ces conférences si doucement intéressantes chaque semaine, le jeudi soir, à huit heures, à l'Université Laval.

Nous sommes heureux de profiter de cette circonstance pour rappeler à nos amis et lecteurs de *La Revue Médicale*, que notre publication a été une des premières à proclamer la nécessité d'établir ce cours, et nous avons publié dans nos colonnes plusieurs correspondances à ce sujet.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Coq-a-l'ane médicaux.....	273
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Le cœur chez les tuberculeux. — Le pouls lent. — Des souffles du cœur chez les chlorotiques.....	275
CHIRURGIE : Des ligatures artérielles dans le traitement de cancer de la langue — Les injections d'huile créosote dans le traitement des chéloïdes.....	276
OBSTÉTRIQUE : Fièvre typhoïde et grossesse — Le palper chez la femme enceinte.....	276
MALADIES NERVEUSES : Sur le diagnostic différentiel entre la sclérose insulaire et l'hystérie.....	277
FORMULAIRE.....	278
QUESTIONS ET REPONSES.....	278
THEOLOGIE MÉDICALE.....	279
REVUE PROFESSIONNELLE.....	279
NOUVELLES.....	280

Travaux Originaux

Coq.-a-l'ane médicaux.

Suite (1)

Désinfection des mains.— On recommande comme dix fois supérieur au sublimé, l'alcool saponifié, qui est non irritant, inodore et très bon marché. Cet alcool contient 50% d'alcool, 28.40% d'eau et 21.60% de potasse et d'huile d'olive.

Ulcères infectieux de la cornée. — Contre ces lésions rebelles, le docteur Bourgeois, (Union médicale du nord-est), a employé avec les meilleurs résultats, la stérilisation de la plaie par l'air chaud. Il a recours à la poire employée par les dentistes pour sécher les cavités dentaires, et dirige le jet d'air chaud bien exactement sur l'ulcération. Il suggère cette stérilisation dans la blépharite ulcéreuse, dans l'ulcération tuberculeuse des paupières, dans le chancre mou, l'herpès génital, etc.

Colibacille et bacille d'Eberth. — Le docteur Case, se servant du milieu recommandé par Piorkoeki, réussit à distinguer nettement et facilement les colonies du coli de celles du bacille typhique. Le milieu de culture de Pioskoski est constitué par 100 parties d'urine ayant subi la fermentation ammoniacale, à laquelle on ajoute 0.5 parties de peptone et 3.3 parties de gélatine. On chauffe le tout au bain-marie pendant une heure ; on filtre, on coule dans des tubes et on stérilise, comme à l'ordinaire, et de nouveau le lendemain, pendant une dizaine de minutes. Technique : — On écrase dans un mortier la selle et on ensemence trois tubes comme suit : le premier tube avec le produit de deux anses de platine ; le second, avec quatre prises venant du premier tube, et le troisième avec six ou huit prises du second tube. On verse le contenu de chaque tube dans des boîtes de Petri que l'on place au frais jusqu'à ce que la gélatine soit prise ; alors on les met à l'étuve à 22° c. (72 F.) pendant 24 heures. Au bout de ce temps les colonies de bacille typhique se présentent sous forme de corps filamenteux transparents à côté des colonies du coli, qui sont arrondies, à bords nettement définis. L'au-

teur prétend pouvoir démontrer la présence des germes typhiques ainsi dans tous les cas et souvent dès le troisième jour de la maladie.

(Philad. Med. J.)

Thermomètre et contagion. :— Il a été prouvé à maintes reprises que le thermomètre est un agent fréquent de transmission de germes d'un patient à un autre, et tout naturellement le médecin est des plus fautifs. Il ne devra jamais se servir de cet instrument sans qu'il ait été, au moins, lavé : Après chaque prise, il doit l'être de même ; mais ça ne suffit pas. Quand c'est possible, le médecin doit trouver le temps, l'instrument devra être stérilisé dans du sublimé au 500ième, pendant un quart d'heure au moins. Laissez-le sur un thermomètre chez un patient, l'instrument, après nettoyage, sera tenu continuellement dans une solution antiseptique. Le docteur Conklin, de Rochester, a récemment conseillé de tenir dans l'étui une solution de sublimé, 1 pour 500 ou 1 pour 250 ; de cette façon le thermomètre bien lavé avant d'y être placé, se trouve stérile. Il suffit d'ajouter à l'étui une petite rondelle de cuir ou de caoutchouc. C'est très bien. Nul besoin d'ajouter qu'avant d'introduire dans la bouche l'instrument ainsi conservé, il faut le laver.

Fièvre de couches et garde-malade. — Voilà un sujet des plus importants, que probablement je me permettrai de traiter plus au long, plus tard, avec faits probants à l'appui de mes avancées. Aujourd'hui, avec les changements de vitalité, de conditions hygiéniques, etc, la plupart des médecins sont convaincus qu'il faut être "propre" : "autnptique," dans tout ce qui touche à un accouchement, à un avortement. Malgré tout, souvent la femme s'infecte ; le médecin a pris toutes les précautions voulues ; et n'a pas de reproches à se faire. Où est la cause ? Parfois chez la femme elle-même ; une gonorrhée ou autre état septique qui passe inaperçu, Mais très souvent, il n'en est pas ainsi, et on doit rechercher l'agent d'infection dans l'entourage. C'est au médecin à surveiller et à tenir sévèrement sous sa direction toutes les personnes qui ont soin de l'accouchée. Il doit donner ses ordres et exiger qu'ils soient suivis à la lettre. La première en faute, et la plupart du temps la seule, c'est la garde-malade ; les trois quarts de ces femmes, non-seulement ne connaissent pas leurs devoirs, mais sont des personnes absolument dangereuses, car ce sont elles qui infectent les malades. Exigez donc que ces personnes fassent à la lettre vos ordres ; donnez-leur par écrit en détail : propreté des mains en tout ce qui concerne les manipulations de la malade et des linges ; lavages des organes génitaux ; tampons propres, stériles ; soins de la canule d'irrigation ; enlèvement immédiat des linges, des hardes souillées, etc. Vous ne saurez trop insister, et vous êtes coupables de ne pas exiger, pour le soin de vos accouchées, des personnes compétentes.

Incontinence d'urine. — Chez l'enfant, de 20 à 50 gouttes de teinture de lycopode, seraient dans quelques cas supérieures à la belladone. (Buffalo Med. J.)

Septicémie puerpérale et peroxide d'hydrogène. — D'après l'expérience du professeur Thisiar, l'eau oxygénée aurait une action souveraine dans les septicémies puerpérales, suite de rétention puerpérale : après curage à la curette mousse, il faut passer dans l'utérus quelques litres d'eau oxygénée à 12 volumes. (Gaz. méd. belge).

Le professeur Thisiar signale encore les excellents effets du peroxyde dans les panaris, la suppuration banale, l'anthrax. Il a

combattu avec succès la *gangrène gazeuse* en injectant de grandes quantités de *gaz oxygène* dans les tissus contaminés, en même temps qu'il a désinfecté les plaies avec de l'eau oxygénée. (*Gazette méd. belg.*)

Dartres. — Le docteur Perkins conseille un onguent de chlorure de sodium à base de vaseline, deux fois par jour pendant trois ou quatre jours, puis un émollient simple. (*Med. Rev.*)

L'eau oxygénée dans les hémorragies utérines. — Le docteur Platon, de Marseille, aurait réussi à combattre des métrorragies rebelles en injectant dans la cavité utérine du peroxyde d'hydrogène ; quelques centimètres cubes, à dix volumes, après dilatation de col.

Le peroxyde d'hydrogène en dermatologie. — D'après Buckley, l'eau oxygénée serait des plus utiles dans les *ulcères variqueux*. Un pansement avec la solution pure, deux fois par jour, au moyen d'un tampon bien imbibé, appliqué pendant cinq minutes. Les *ulcérations* syphilitiques aussi s'amendent bientôt sous l'action de ce médicament. Les *poils follets* disparaîtraient peu à peu à la suite de son emploi persévérant. (*J. Am. M. Ass.*)

Coliques chez les enfants. — Cinq gouttes de teinture de lobélie dans deux onces d'eau ; une demi-cuillerée à thé toutes les dix minutes, chaud, calmera. (*Med. Sum.*)

Kératite suppurée. — Pour le docteur Schultz, de Berlin, l'hypopyon résultant d'un ulcère de la cornée ne se fait pas par propagation directe à travers la substance cornéenne, mais bien par l'intermédiaire des vaisseaux de l'iris et du canal de Schlemm. L'ulcère serpigneux serait dû au pneumocoque. L'auteur recommande l'atropine, l'eau de chloro, les solutions tièdes à l'acide borique ou au sublimé ; s'il n'y a pas d'amélioration, il faut avoir recours à la paracentèse au bord scléro-cornéen.

Thrombose des veines des membres inférieurs à la suite d'opérations abdominales. — Lennander conseille pour éviter cette complication, d'élever le pied de la couchette ; cette position inclinée favorisant la circulation et évitant la stase. (*Med. Standard.*)

Recherche du sang. — Le docteur Wynn, d'Indianapolis, suggère le moyen suivant pour retrouver les globules sanguins dans les taches de sang sur les substances qui peuvent être coupées au microtome, (feuilles, papier, herbe, linge etc.) La tache et la substance sur laquelle elle se trouve sont durcies dans le Muller, sont incluses et coupées au microtome, comme des tissus ordinaires. Les coupes sont colorées. Le papier portant la tache peut être durci dans parties égales d'alcool absolu et d'éther ; on colore à l'éosine, on deshydrate dans l'alcool, on éclaircit dans l'huile de bergamote et on monte dans le baume. (*Med. 8 Surg. Mon.*)

La tournée du laitier. — Au point de vue de la dissémination des maladies contagieuses, dans plusieurs villes américaines, on porte attention toute spéciale à suivre certains laitiers dans leur tournée, soit parce que ceux-ci ont de la maladie chez eux ou parce qu'ils visitent des maisons contaminées. C'est très bien. Il y a beaucoup à faire dans cette voie.

Céphalalgie. — Brunton nous avertit de songer au glaucôme lorsqu'une céphalalgie est rebelle aux médicaments. J'ajouterais que dans les maux de tête persistants et de longue durée il faut toujours penser à l'insuffisance rénale et aux lésions péleynnes sympathiques chez les femmes. Pour établir le diagnostic, il faut alors recourir

au toucher et employer l'épreuve du bleu. Dans certains de ces cas on ne trouve ni albumine, ni sucre, ni cylindres, mais on constate un retard prononcé dans l'élimination du bleu et parfois une élimination dissociée du bleu et de la substance chromogène. Comme traitement il pourra être question de sympathiectomie abdominale ou d'un traitement ad hoc des désordres, pelviens ; et pour l'insuffisance rénale, le régime lacté, le bromure de strontium, les laxatifs, les diurétiques, le calomel, les ventouses scarifiées.

Surmenage des écoliers. — Le *Sanitary Inspector* nous fait part des réglemens publiés par le département d'éducation d'Allemagne. Les points touchés méritent la sérieuse réflexion de nos hygiénistes et de ceux chargés de l'enseignement dans nos écoles. Les études scientifiques et le travail fatiguant devront se faire dans la matinée : les élèves ne devront pas être soumis à plus de quatre heures de travail systématique par jour : les matières devront être prises dans l'ordre de la fatigue qu'elles imposent ; les plus ardues au commencement de la journée ; ainsi les mathématiques, les langues, et les sciences ; puis comme études récréatives la géographie et l'histoire naturelle. On recommande trois heures de repos au milieu du jour.

Fécondité extraordinaire. — Au mois de décembre, une femme d'Alabama aurait donné naissance à six enfants, le même jour. Mère et enfants se portent bien !

La malaria. — Fitzgerald (*B. Md. J.*) a obtenu des effets frappants en frictionnant la peau avec un mélange de créosote et d'huile d'olive (1 partie pour 3.), employant de 15 à 60 minimes de créosote par inonction. La température s'abaisse rapidement et des symptômes généraux cèdent promptement.

Les balsamiques dans la blennorrhagie. — A ce sujet Fournier dit : 1° On ne doit pas se servir des balsamiques pendant la période inflammatoire de l'urétrite aiguë ; employés à cette époque ils seraient cause de 80% des *gleets*, 2° On ne devra pas les administrer avant le premier mois de l'écoulement, la phase inflammatoire étant passée ; il ne doit exister ni cordée, ni douleur pendant la miction ; l'écoulement devra être diminué, jaunâtre et filant. 3° Ayant choisi celui que l'on désire, on devra persévérer avec celui-là ; l'administrer pendant 8 ou 10 jours et alors si la sécrétion n'est pas tarie suspendre pendant une semaine et essayer de nouveau au bout de ce temps ; 4. Le médicament sera pris trois fois par jour pendant la durée du traitement, et on évitera une trop grande dilution du remède en limitant la quantité des liquides ingérés. 5° Il est important de débiter par des fortes doses. (*J. Am. Med. Ass.*)

Exploration méthodique de la cavité abdominale au cours d'une laparotomie. — Le docteur H. Kelly, de Baltimore, conseille avec beaucoup de raison, cette exploration, comme routine, lorsque le cas le permet. Ainsi il explore, le petit bassin, les anneaux inguinaux et ombilicaux (s'il y a tendance à la hernie il suture de suite par en dedans), l'appendice, les uretères, les colons, les reins et les bassinets, le foie et la vésicule, la rate, le pancréas, les glandes retroperitoniales l'aorte, etc. Nous ne saurions trop encourager cette examen complet dans tous les cas qui peuvent s'y prêter.

Ophthalmie des nouveau-nés. — Poukaloff recommande pour remplacer avantageusement le nitrate d'argent, et comme étant d'un

emploi plus facile, l'usage du *calomel* dans l'ophtalmie purulente, une fois par jour. Il lave soigneusement la conjonctive avec une solution boriquée, l'assèche avec des tampons et y saupoudre le calomel en une fine couche. L'amélioration et la guérison sont des plus rapides.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Le cœur chez les tuberculeux

Une femme du service, tuberculeuse, a présenté une particularité assez spéciale et dont la cause mérite d'être étudiée. Le volume apparent du cœur, mesuré par la percussion, dépassait moitié son développement habituel : or, le cœur du phthisique est habituellement petit.

Pourtant, les avis à cet égard sont assez partagés. Tandis qu'Andral a trouvé le cœur petit dans les deux tiers des cas, Louis constatait presque toujours cette diminution de volume.

En réalité, il existe des variations considérables dont il convient d'étudier les causes.

Chez les cachectiques, le cœur maigrit comme tous les muscles ; les faisceaux musculaires diminuent aussi et il y a une véritable atrophie musculaire. Cependant, quand le cœur s'atrophie ainsi, il se laisse distendre et on pourrait s'attendre à le trouver volumineux à la percussion. Mais il faut tenir aussi compte de ce fait que dans ces cas, l'anémie est générale, il y a diminution de la masse de sang et par conséquent l'action du cœur diminue aussi notablement.

Toutefois, il existe une autre cause, car cette diminution du volume du cœur est loin d'attendre la période cachectique pour se produire. C'est la diminution de la pression artérielle, phénomène ordinaire chez les tuberculeux et qui peut même être révélateur de la maladie. Il en résulte que le travail du cœur est diminué dans de grandes proportions. Cet abaissement de la pression tient à la nature infectieuse de la maladie, car il se retrouve dans toutes les maladies infectieuses ; la fièvre typhoïde, par exemple ; chez les tuberculeux, la tuberculine a cette action particulière.

Il est donc assez facile d'expliquer les cas dans lesquels le cœur est petit chez les tuberculeux. La question est plus complexe dans les cas plus rares où il est volumineux.

Tout d'abord, le cœur peut être gros par suite d'une circonstance accidentelle comme un travail exagéré, longtemps prolongé, ce qui est rare, car la force musculaire diminue ordinairement dès le début ; cependant on peut rencontrer des athlètes tuberculeux.

Il peut arriver aussi que les tuberculeux soient atteints d'une affection cardiaque antérieure à la tuberculose ou qui se soit produite ultérieurement, cette dernière circonstance étant des plus rares.

Quand les deux affections coïncident, il s'agit presque toujours d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire produit par une compression résultant de la présence d'une tumeur comme l'anévrisme de l'aorte. Quant à l'endocardite chez un tuberculeux, elle est rare peut-être parce que ces malades s'exposent peu à ces causes ordinaires. Mais les affections cardiaques, comme le rétrécissement mitral, semblent défavorables à l'évolution de la tuberculose et il n'est donc pas surprenant, que leur coïncidence soit rare.

On peut rencontrer encore des péricardites, des endocardites ou des myocardites, bacillaires ; mais ce sont des formes rares et dont on ne peut tenir compte dans l'étiologie de l'augmentation de volume du cœur. Moins rare est la sclérose portant sur le myocarde et l'endocarde et déterminant, avec le rétrécissement mitral, l'hypertrophie du cœur droit et de l'oreillette gauche.

Il y a donc là une cause importante à l'augmentation de volume du cœur chez les tuberculeux ; une autre cause est l'existence de la néphrite interstitielle, qui n'est pas rare chez eux. Assez souvent ces malades meurent par le rein par suite d'une dyspnée urémique qui n'est pas toujours bien interprétée.

Dans certains cas encore, la dilatation du cœur est produite par la dyspepsie. Les faits de ce genre sont bien connus à présent ; mais, dans la tuberculose, il est important d'en tenir compte, car chez les malades qui présentent cette sensibilité particulière, la suralimentation peut devenir un danger.

Enfin, le poumon lui-même peut être atteint de sclérose plus ou moins généralisée avec emphysème et comme conséquence dilatation du cœur.

Si donc les tuberculeux peuvent présenter tantôt une diminution de volume du cœur, tantôt une augmentation de volume, ces états différents qui, au premier abord, sont contradictoires, peuvent s'expliquer ; de plus, l'interprétation qui en est donnée peut avoir, pour quelques cas, une certaine importance pratique.

(Le Correspondant méd.)

Le pouls lent

Par M. MAUGET, (Thèse de Paris)

Le pouls lent permanent semble ne pas être une entité morbide distincte, mais plutôt un syndrome que l'on peut rencontrer dans des circonstances disparates.

M. MAUGET rappelle qu'en fait, dans l'immense majorité des cas, on l'observe chez les artériels scléreux.

Les altérations des artères bulbaires et de la base de l'encéphale l'athérome artériel, les altérations du myocarde et la dégénérescence graisseuse du cœur sont les lésions les plus fréquemment trouvées à l'autopsie. La production du pouls lent permanent semble le plus souvent liée à des altérations bulbaires et en particulier à des lésions vasculaires du bulbe.

Les symptômes capitaux sont la lenteur permanente du pouls, accès syncopaux et épileptiformes. On entend fréquemment des bruits faibles surajoutés pendant le grand silence (systoles en écho, contractions isolées des oreillettes ou claquements valvulaires).

Le ralentissement du pouls est sujet à de nombreuses variations. Dans l'ensemble, il peut diminuer progressivement de fréquence dans quelques cas. Cette diminution progressive du nombre des battements est alors en rapport avec l'aggravation de la maladie et peut servir d'éléments de pronostic.

Le syndrome pouls lent permanent semble lié le plus souvent à l'athérome artériel qui n'a tendance qu'à s'aggraver, le pronostic est très sombre.

La durée est variable, parfois assez longue. Les malades sont sous le coup de la mort subite qui est la terminaison la plus fréquente de la maladie. La mort rapide dans une attaque épileptiforme : la mort lente par asystolie ou urémie peuvent également s'observer.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Des souffles du cœur chez les chlorotiques.

Par M. NICOLAS (Auguste).

Phénomènes inconstants, les souffles entendus au niveau du cœur chez les chlorotiques diffèrent essentiellement, d'après M. NICOLAS, des souffles entendus au niveau du cou dans les veines jugulaires et leur cause ne réside point dans l'état anémique du sang. Ils ne se passent ni dans le cœur, ni dans les gros vaisseaux qui en naissent et présentent une analogie complète avec les souffles cardiopulmonaires du professeur Potain. Leur production paraît liée à un certain état du cœur ; quand le cœur se dilate, ils disparaissent en général ; quand il redevient normal, ils se manifestent de nouveau.

Ces modifications dans le volume du cœur sont le plus souvent liées à l'établissement et à la disparition de troubles gastro-intestinaux. De la présence d'un souffle au cœur, on pourrait d'après l'auteur donc, le plus souvent, conclure à l'intégrité des fonctions digestives et à l'heureuse influence du traitement ferrugineux, leur absence rendrait au contraire la chlorose suspecte et son pronostic plus réservé.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

CHIRURGIE**Des ligatures artérielles dans le traitement du cancer de la langue**

Dans ce travail, documenté d'observations prises dans les services de MM. Monod et Quénu, M. DUVOISIN s'est efforcé, d'une part, de comparer les ligatures préalables aux autres moyens recommandés dans la cure du cancer de la langue contre les hémorragies, et, d'autre part, de chercher quels résultats ces ligatures artérielles donnent dans les cas inopérables. Voici, du reste, les conclusions qui résument très heureusement ce travail :

1° La méthode des ligatures artérielles préalables, avant l'ablation d'un cancer de la langue, mérite d'être conservée. L'hémostase ainsi obtenue permet d'opérer avec l'instrument tranchant et de réaliser une suture exacte de la plaie, sans avoir à craindre l'issue du sang dans les voies aériennes.

2° Par la plaie de la ligature, il est possible de vérifier *de visu* l'état des ganglions, de les enlever dès qu'ils sont suspects ; cette exploration est aujourd'hui regardée comme indispensable dans toute opération pour cancer, si l'on veut se mettre à l'abri des récidives rapides.

3° Les ligatures palliatives méritent aussi d'être conservées ; elles luttent efficacement contre les hémorragies graves. Elles déterminent non pas l'atrophie du cancer, mais un certain affaissement de la tumeur, qui permet au malade de recouvrer partiellement les fonctions de phonation, déglutition et respiration : les douleurs diminuent ainsi que les sécrétions fétides. Les résultats heureux ainsi obtenus ne durent que quelques semaines ou quelques mois.

4° La ligature de l'artère linguale à la grande corne assure l'hémostase de la langue ; mais la ligature de la carotide externe au lieu d'élection lui est préférable ; son exécution est plus facile sur le vivant ; en même temps qu'elle on découvre les ganglions carotidiens qui doivent être explorés ; enfin, cette ligature réalise seule l'hémostase, dans les régions voisines de la langue et dans celles par lesquelles on se propose d'aborder cet organe.

5° La ligature bilatérale des linguales ou mieux des carotides externes est bien préférable à la ligature unilatérale ; l'hémostase est plus complète et on ne risquera pas de laisser passer inaperçue une adénopathie double.

En effet, les dangers de la double ligature sont nuls si l'on opère aseptiquement ; il n'y a pas à craindre d'anémie trop considérable de la langue ou de la face.

6° La technique opératoire est souvent modifiée par la présence de ganglions volumineux. La ligature peut être pratiquée par l'incision classique au devant du sterno-cléido-mastoïdien ; elle peut l'être aussi par une incision transversale sus-hyoïdienne. Il suffirait, dès lors, de prolonger cette incision en avant pour atteindre les ganglions sous-maxillaires et même pour entrer par cette voie dans la cavité buccale.

(Abeille médicale).

Les injections d'huile créosotée dans le traitement des chéloïdes.

La fréquence des récidives après l'ablation chirurgicale des chéloïdes est aujourd'hui bien connue. MM. Balzer et Mousseaux ont essayé, dans un cas de ce genre, les injections intra-parenchymateuses d'huile créosotée à 25 p. 100 déjà préconisées par M. P. Marie. Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, de constitution strumeuse et dont le père est mort tuberculeux ; elle présentait au niveau du lobule de l'oreille gauche une tumeur du volume d'un oeuf de poule, s'étendant dans toute la région maxillaire voisine, de coloration rouge brun et de consistance élastique ; cette tumeur avait déjà été extirpée il y a trois ans et avait récidivé plus volumineuse qu'auparavant. Une autre plus petite était apparue à l'angle de la mâchoire. Après avoir porté le diagnostic de chéloïdes vraisemblablement tuberculeuses, les auteurs ont pratiqué dans ces tumeurs des injections d'huile créosotée à 20 p. 100 ; ils injectaient chaque fois 1 centimètre cube en plusieurs piqûres faites en des points différents : mais, le tissu se laissant difficilement infiltrer par le liquide, une certaine quantité ressortait presque aussitôt ; la douleur était peu intense, mais les jours suivants il se produisait une inflammation assez vive avec gonflement, bientôt suivie de l'élimination d'une portion de tissu chéloïdien, et d'une ulcération assez profonde se réparant en quelques jours et ne laissant qu'une cicatrice presque invisible. La petite chéloïde a disparu après 4 injections, ne laissant à sa place qu'une trace rougeâtre ; 9 injections furent pratiquées dans la plus grosse, dont il ne persiste plus qu'une grosseur du volume d'une petite noisette, molle, élastique, située dans le sillon rétro-auriculaire ; le lobule de l'oreille a reparu et s'est dégagé ; il est entouré d'une zone rouge brunâtre, souple, où l'infiltration de la peau tend à diminuer : l'amélioration déjà obtenue permet d'espérer un résultat encore plus complet.

M. Péri (de Toulouse), rapportant une observation analogue (1), constate qu'il a obtenu par les injections d'huile créosotée, une amélioration considérable dans une chéloïde récidivée et extrêmement développée. Comme toujours, elle ont agi en amenant l'escarrification et l'élimination de fragments de néoplasme. Le résultat immédiat a été excellent. Malheureusement le malade a été depuis perdu la vue.

(Gazette des hôpitaux).

OBSTÉTRIQUE**Fièvre typhoïde et grossesse.**

Les relations si discutées de la *fièvre typhoïde et de la grossesse* viennent d'être fixées d'une façon précise dans l'étude statistique de M. Penot.

Tout d'abord la fièvre typhoïde n'épargne nullement les femmes enceintes, sans que cette coïncidence ait toute la gravité que l'on

(1) Journ. des maladies cut., et syph., août 1899.

avait supposée. L'avortement est fréquent, moins cependant qu dans les autres maladies infectieuses, cette fréquence variant nécessairement d'ailleurs avec l'intensité de la fièvre, l'âge de la grossesse, l'époque de la maladie, les complications intercurrentes, la constitution épidémique régnante. Cet avortement peut se produire à tout moment des six premiers mois, mais on l'observe surtout aux troisième et quatrième mois.

La gestation elle-même n'a que peu d'influence sur le développement de la fièvre typhoïde ; elle n'en constitue pas du moins une cause aggravante, et si l'avortement peut être considéré comme d'heureuse apparition dans les formes moyennes, il est de funeste augure dans les formes sévères.

Une conséquence thérapeutique importante à déduire des observations rapportées par M. Penot, c'est que la grossesse n'entraîne aucune modification dans le traitement de la fièvre typhoïde et que les bains froids devront être administrés et continués même en cas d'avortement.

Quant à l'influence de la fièvre typhoïde maternelle sur l'évolution des rejetans, elle est ainsi fixée par M. Charrin : le coefficient azoturique du nouveau-né fléchit, le foie est lésé, les centres nerveux sont parfois le siège d'hémorragies. Cette influence peut se faire sentir dès le début de l'infection ; elle peut aussi exister dans les cas où l'observation porte sur une nourrice et son nourrisson.

(Gaz. des hôpitaux.)

Le palper chez la femme enceinte

Par M. le Dr BRINDEAU

Le palper, dit M. Brindeau, doit être pratiqué la femme étant couchée dans le décubitus horizontal, l'abdomen étant mis à nu, les membres inférieurs étendus sans raideur. Dans quelques cas particuliers on pourra faire coucher la femme sur le côté ou dans la position gène-pectorale. Le médecin se placera à droite ou à gauche du lit, quelquefois il devra pratiquer l'exploration successivement de chaque côté. La première chose qu'il faut faire, c'est placer la main au fond de l'utérus pour rechercher son extrémité supérieure. On empaumera ainsi le fond de l'organe en déprimant la paroi abdominale avec le bord cubital de la main. On pourra alors se rendre compte si le volume de l'utérus est en rapport avec l'âge de la grossesse donné par la date des dernières règles. On sait qu'à deux mois le fond de l'utérus dépasse la symphyse de 1 ou 2 centimètres. A trois mois, le fond de l'utérus est à 8 ou 9 centim. au-dessus de la symphyse ; à quatre mois et demi, il avoisine l'ombilic ; enfin, à terme ou près du terme, il s'élève à 34 cent. au-dessus du pubis (Pinard). Le volume de l'organe étant ainsi évalué, il faut se rendre compte de sa forme en promenant ses mains sur toute la périphérie. D'une façon générale, il a la forme d'un ovoïde à grand axe vertical. Dans certains cas, il est plus développé transversalement (présentation de l'épaule), dans d'autres, il est déprimé au niveau du fond en forme de coeur (grossesse gémellaires, malformation utérine).

La consistance est également importante à noter. Ordinairement assez résistante, elle peut changer considérablement, suivant l'état de distension plus ou moins grande de l'œuf, suivant l'état de contraction de l'organe. Cette sensation de durcissement pendant la contraction est des plus importantes, car, en pratique, l'utérus grévide est la seule tumeur abdominale qui se contracte.

Après avoir exploré ainsi la surface de l'utérus, il faut examiner son contenu : fœtus et liquide amniotique. On doit d'abord rechercher ce qui se trouve au niveau du détroit supérieur. Dans la plupart des cas (97 fois sur 100 sur les femmes à termes), ce sera la tête, qui se reconnaît à sa forme régulière et arrondie,

sa consistance très dure. Le plus souvent cette tête sera plus ou moins engagée et par conséquent immobilisable. Quand il s'agit d'un siège, la sensation est moins nette ; la partie fœtale est plus volumineuse, moins résistante, assez irrégulière, non engagée.

Si c'est une face, ce qui est, du reste, rare, on retrouve les caractères de dureté et de régularité de la tête, mais en explorant les parties latérales de cette tumeur on trouve une dépression brusque, en coup de hache, formée par l'occiput fortement défléchi. Le pôle inférieur de l'utérus étant exploré, on placera immédiatement les mains à l'extrémité opposée. On reconnaîtra la présence d'un siège à son volume, son irrégularité, le proximité des petites parties et à la difficulté qu'on éprouve à le déplacer. La tête offre des caractères tellement nets que la plupart du temps le diagnostic s'impose. Elle se présente sous la forme d'une tumeur ronde très régulière, dure, mobile, qui ballote très facilement quand on lui imprime des petites secousses avec le bout des doigts. On peut souvent prendre cette tête entre les doigts et le pouce écartés et la faire ainsi balloter dans la main en produisant de petits mouvements transversaux. Au niveau de la tête la paroi utérine est généralement sensible. Il faut quelquefois rechercher cette tête très haut, sous les fausses côtes ou sous le foie. Quand on a ainsi exploré les deux pôles de l'œuf, on doit palper soigneusement les parties latérales de l'utérus. On trouvera bientôt un plan résistant continu fourni par le dos qui réunit les deux extrémités fœtales ; dans l'autre moitié on sentira les petites parties qui sont mobiles et animées de mouvements spontanés. Dans quelques cas on pourra trouver un siège ou une tête dans les parties latérales de l'utérus. Cela indique que le fœtus est

Nous venons de voir comment on pouvait reconnaître les différentes extrémités de l'ovoïde fœtal. Il s'en suit que par le palper seul on peut faire le diagnostic de la présentation, c'est-à-dire du nom de la région qui se met en rapport avec le détroit supérieur, et de la position, c'est-à-dire de la situation de cette région par rapport aux points de repère de l'excavation.

(à suivre)

Maladies nerveuses

Sur le diagnostic différentiel entre la sclérose insulaire et l'hystérie

Par THOMAS BUZZARD

Parmi les symptômes d'un cas typique de sclérose insulaire, on trouve les suivants : perte de forces dans un ou plusieurs membres avec tendance à la contracture des membres atteints, tremblement intentionnel, exagération des réflexes de la rotule et du poignet, trépidation épileptoïde du pied, insuffisance des sphincters de la vessie et (moins fréquemment) de l'intestin, atrophie musculaire localisée, symptômes bulbaires, vertiges, diplopie, affaiblissement de la vision, atrophie du nerf optique, nystagmus, articulation scandée des mots, attaques apoplectiformes. Quelques-uns de ces symptômes peuvent faire penser à l'hystérie.

Lorsque la paresie d'un membre n'est pas accompagnée d'anesthésie et est passagère, elle se rapporte souvent à un début de sclérose en plaques. De même, au début, les troubles oculaires peuvent simuler de très près l'hystérie, et l'ophtalmoscope ne donne encore aucun renseignement. Le trouble oculaire souvent s'améliore, mais il se reproduit soit dans le même œil, soit dans l'autre, et cette récurrence est contraire à l'hypothèse d'un simple trouble fonctionnel. L'atrophie optique est extrêmement fréquent (plus de 50 p. 100) dans la sclérose ; mais elle peut être légère et doit être recherchée avec soin. L'exagération des réflexes, si elle n'est pas très grande, peut se trouver chez un individu émotif. La trépidation du pied est au contraire très caractéristique de la sclérose insulaire.

Il en est de même du tremblement intentionnel, qu'on ne trouve jamais chez un hystérique, mais qui peut manquer dans la sclérose.

Les troubles vésicaux peuvent affecter la même forme dans l'hystérie et dans la sclérose et ne sont que d'une utilité douteuse pour le diagnostic. L'anesthésie cutanée est en faveur de l'hystérie.

La contracture hystérique se distingue assez difficilement de la contracture de la sclérose en plaques ; mais la première ne s'accompagne pas de tripidation épileptoïde hystérique s'accompagne en général d'anesthésie profonde des membres atteints, ce qui n'a pas lieu dans la sclérose.

Buzzard termine en étudiant le *phénomène de l'orteil*, décrit par Babinski : cette extension du gros orteil, lorsqu'on excite la plante du pied, est un signe de dégénérescence du tractus pyramidal, et ce phénomène produit d'une façon frappante dans tous les cas de sclérose insulaire.

(The Brit. Med. Journ. — Rev. neurol.)

La valeur diagnostique du signe de Kernig

Par ANGELO CIPOLLINA et DARIO MARAGLIANO

Chez 3 malades (infection typhoïde, pneumonie), Cipollina et Maragliano ont noté la présence du signe de Kernig alors qu'il n'y avait certainement pas de méningite. Dans 7 cas de méningite confirmée, ils ont constaté le signe 5 fois ; deux de ces cas étaient des méningites tuberculeuses. Dans les deux derniers cas il s'agissait aussi de méningite tuberculeuse, mais le signe de Kernig n'a pas été rencontré.

Il ressort de ces observations : 1° que le signe de Kernig peut exister sans qu'il y ait méningite ; 2° il peut manquer dans les méningites confirmées ; 3° ce n'en est pas moins un signe de grande valeur puisqu'il existe dans la méningite 5 fois sur 7 d'après Cipollina et Maragliano, 9 fois sur 10 d'après la statistique de Netter portant sur un plus grand nombre de cas.

Netter n'a pas trouvé le signe de Kernig dans cinq cas de méningite, dont trois méningites tuberculeuses ; les cas de Cipollina et Maragliano où il était absent étaient aussi des méningites tuberculeuses. Le signe de Kernig est donc plutôt un peu moins fréquent dans la méningite tuberculeuse, tandis que sa propre constance dans les autres méningites permet d'inclure la méningite vraie, alors que dans un syndrome méningitique non attribuable au bacille de Koch on ne peut obtenir le signe de Kernig.

(Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche. — Rev. Neur.)

LES TABLETTES D'ANTIKAMMA. — M. J. Stewart Norwell, M. B., C. M., B. Sc., chimiste du *Royal infirmary*, d'Edinburgh Écosse dans un article publié dans *Medical Reprints*, Londres rapporte un grand nombre de cas de céphalalgie, dont la guérison a été obtenue avec l'emploi des Tablettes d'Antikamma, et il termine son travail par ces mots suivants :

« Nous pouvons multiplier les exemples mais ceux-ci suffisent pour préconiser les *Tablettes d'Antikamma*, dans le traitement des céphalalgies, et en conclusion je dis que ces tablettes sont un remède spécifique pour n'importe quelle sorte de céphalalgie, que leur action physiologique est rapide qu'elles ne produisent aucun mauvais effet après leur administration, qu'elles peuvent être mises entre les mains de tous, et qu'elles sont d'un maniement facile. »

LE FERROL. — Au dernier congrès pour la lutte contre la tuberculose tenu à Berlin en Mai 1899. M. le docteur Edward Farrell,

de Halifax, Nouvelle Écosse, a insisté particulièrement sur les nombreux avantages obtenus par l'emploi constant et raisonné du fer et de l'huile de foie de morue, ou du *Ferrol* qui réunit ces deux substances, dans le traitement de la phtisie. Nous recommandons ce produit essentiellement canadien à nos confrères, et nous sommes sûrs qu'ils seront satisfaits de l'emploi de cette substance médicamenteuse.

FORMULAIRE

STOMATITE GRIPPALE.

Acide lactique.....	250 grammes.
Essence de menthe.....	20 gouttes.
Eau.....	250 grammes.

Un lavage de la bouche deux fois par jour.

S'il y a tendance à la suppuration des cryptes amygdaliennes on fera des attouchements avec :

Acide salicylique.....	0,50 à 1 gr.
Alcool.....	Q. S.
Glycérine.....	40 grammes.
Eau.....	60 grammes.

(Presse médicale de Paris).

LE VACCIN GLYCÉRINÉ DE STEARNS.—MM. Frederick Stearns et Cie obtiennent beaucoup de succès avec leur vaccin glyceriné, surtout à Chicago où le bureau de santé, dans leurs statistiques a obtenu 100% de réussite. Chaque tube de lympho vaccinale glyceriné se vend seulement 10 centimes.

Du rôle du coryza dans la mortalité des nouveau-nés syphilitiques

M. Gastou soutient que le coryza des nouveaux-nés syphilitiques n'est pas seulement dangereux en tant que lésion syphilitique, il l'est par lui-même ; aussi il importe, dans ces cas, de joindre toujours au traitement général un traitement local.

Sur des coupes antéro-postérieures et transversales des fosses nasales, on voit en effet combien sont étroites ces cavités chez l'enfant, et on conçoit combien leur obstruction par des détritiques peut être fatale à l'enfant. Le nez se laisse très facilement aplatir, la langue se colle facilement au voile du palais ; les altérations des glandes poussées à un degré extrême expliquent la modification des sécrétions.

Les insufflations d'air dans les fosses nasales avec la poire de Politzer, et les lavages avec la seringue s'imposent dans les cas de coryza syphilitique.

(Indépendance médicale).

QUESTIONS ET REPONSES

16° Le patient qui reçoit la communion après un lavage de l'estomac à jeun communique-t-il en viatique ou non ?

DIOSCORIDES

Theologie Medicale.

Jeudi dernier, le 22, avait lieu à l'Université Laval, dans la salle des promotions, la deuxième conférence de M. l'abbé Lecoq sur les rapports de la théologie avec la médecine.

Le sujet de l'entretien fut : *l'avortement*, non pas criminel, mais provoqué directement dans un but thérapeutique.

L'éloquent théologien, dont nous connaissons tous la science profonde, développa les grands enseignements de l'Eglise, s'appuyant sur la tradition et les livres saints. L'avortement, quelque soit le but qu'on se propose, a toujours été condamné par l'Eglise chrétienne, et dernièrement encore, le Saint Siège a formulé de nouveau cette défense en terme précis et non ambigus.

La science médicale, poursuivant sa marche glorieuse, repousse chaque jour les bornes de l'inconnu, et cependant, malgré tous ces triomphes, elle reconnaît aujourd'hui, par la voix de ses plus grands prosélytes, la sagesse infinie qui a toujours présidé aux lois et enseignements de l'Eglise catholique.

Le docteur Pinard, de Paris, une des plus grandes autorités en obstétrique, dans un de ses derniers travaux, s'oppose énergiquement aux manœuvres ayant pour but de provoquer l'avortement, et ses conclusions sont tout à fait conformes à ce qu'enseigne la morale chrétienne.

En fils soumis à l'Eglise de Rome suivons donc, dans toute son intégrité, cette morale admirable, basée sur la plus saine des traditions.

Elle sera notre force, comme elle a fait la gloire du christianisme.

REVUE PROFESSIONNELLE

Le projet de licence interprovinciale

Par M. le Dr L. J. A. SIROIS. (*St-Ferdinand d'Halifax.*)

"L'Union médicale" du mois de janvier nous apporte un intéressant article sur ce sujet.

On nous fait, certes, beaucoup d'honneur en y faisant allusion à nos modestes écrits du 19 Octobre et du 22 Novembre 1899. Ce sera notre excuse pour appeler de nouveau l'attention des lecteurs de la "Revue Médicale" sur le projet de loi du Dr Roddick.

D'abord "l'Union" prétend "que l'on prête, à tort, au Bureau d'Ontario, des idées de supériorité très malveillantes à notre égard" et elle prend le Dr Arthur Simard à partie sur ce point. Nous partageons l'opinion du Dr Simard et nous sommes prêts à produire des preuves à l'appui. Notre système d'asserseurs, il est bien vrai, a servi prétexte aux Ontariens pour refuser d'accepter notre licence provinciale, mais, ce n'est là qu'une partie de la vérité. Nous avons sous les yeux le texte des motions soumises, en 1894 et 1898, au Bureau d'Ontario, et le rapport sténographique des débats soulevés par ces motions. Ces documents démontrent clairement que l'ambition de la province sœur était, pour nous servir des expressions du Dr McLaughlin : "to try to lead the other provinces up to the standard that we have reached" and "that all the provinces must adopt, practically, the curriculum of this province."

Nous pourrions multiplier ces citations; faute d'espace, nous y reviendrons plus tard; car nous ne voyons aucun inconvénient à propager la vérité et mettre en évidence tous les éléments de la situation.

Ceci dit, voyons comment "l'Union" résume le bill Roddick.

"Ce conseil médical aura le droit de faire les règlements nécessaires pour accorder une licence ou patente qui permettra au por-

teur d'obtenir sans examen la licence de telle ou telle province, où il voudra pratiquer, pourvu que la législature de cette province ait autorisé le collège des médecins à se prévaloir de cette législation fédérale."

A première vue, c'est très simple, très modeste, dénué de toute prétention.

Examinons un peu le projet de loi dans ses détails.

Le Conseil Médical demande au parlement les pouvoirs suivants :

1° Etablir un Régistre des médecins pratiquants et les étudiants en médecine.

2° Fixer les conditions requises pour l'enregistrement, y compris les cours à suivre, les examens à subir etc.

3° Etablir un bureau d'examineurs pour l'admission à l'étude et à la pratique.

4° Encourager les recherches scientifiques, l'établissement d'une Pharmacopée uniforme, la publication des statistiques vitales etc.

5° Acquérir des biens-fonds jusqu'au montant de cent mille dollars ;

6° Régler et décider, sans appel, toutes questions concernant l'élection de ces membres.

7° Faire des règlements pour la direction du Conseil et de ces officiers.

8° Fixer le montant des honoraires.

9° Déterminer les conditions exigées pour l'enregistrement, admettre comme preuves de justification l'immatriculation et autres certificats d'universités, de collèges et autres établissements scolaires.

Reconnaître les diplômes ou degrés accordés par toute école, collège, ou université britannique, canadienne, coloniale ou étrangère.

Conclure des traités de réciprocité avec les autorités britanniques ou étrangères.

Dispenser les candidats en tout ou en partie de subir des examens.

10° Décider, sans appel toute question se rapportant à l'enregistrement, etc.

Nous en passons, et des meilleurs.

Voilà qui modifie singulièrement, n'est-ce pas, l'exposé de "l'Union" et lui donne une ampleur qu'on ne soupçonnerait pas sans avoir le texte du projet de loi sous les yeux. La charte de notre Bureau provincial ne lui confère pas autant de latitude. Le caractère vague, indéfini, indéterminé de la plupart des clauses du bill Roddick ajoute encore à leur étendue et leur donne un aspect bien menaçant pour l'autonomie provinciale.

De la coté, pourtant "l'Union" n'a pas d'inquiétude, car elle dit :

"Mais ce Conseil Médical du Canada, tel qu'on veut le créer, va-t-il, faisant fi de l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, empiéter directement ou indirectement sur l'administration et les droits des Bureaux provinciaux de médecine?..... Disons tout de suite que nous ne le croyons pas."

Nous avons appuyé nos assertions sur autre chose que les résolutions de l'Association Médicale Canadienne, et l'écrivain de "l'Union" prend la tangente, pour éviter le point épineux du débat. Car, nous croyons avoir démontré clairement, ("l'Union" s'est bien gardé de toucher ce point), que le Conseil Médical du Canada et celui de la Province de Québec ayant des fonctions organiques essentiellement identiques, c'est-à-dire, le contrôle 1° de l'éducation médicale. 2° celui de l'enregistrement, il est radicalement impossible qu'il n'y ait pas conflit de juridiction. Ces conflits auront pour conséquence immédiate — les gros mangeant les petits — de res-

treindre notre liberté d'action et faire de sérieux accrocs à notre autonomie provinciale. Inutile d'appuyer d'avantage sur ce point, encore moins de jouer sur les mots. *Thoriquement*, "chaque province pourra garder son autonomie et son organisation propre" nous l'admettons, mais *pratiquement* à quoi servira cette organisation si ces fonctions se résument à parapher et orner du sceau provinciale les licences du Conseil Médical du Canada? Ce serait une seconde édition de la souveraineté du roi d'Yvetot.

Nous trouvons d'ailleurs, dans les paragraphes i et j. de la clause 10 du bill Roddick, de nouvelles preuves à l'appui de nos assertions.

Ainsi le Conseil Médical du Canada aura le pouvoir :

1° "De fixer les conditions auxquelles seront reçues comme "preuves de qualifications l'immatriculation et autres certificats "d'Universités, de collèges et d'autres établissements scolaires ou "des corps administratifs d'autres professions ;"

Dans Québec nous n'admettons à l'étude de la médecine que les candidats porteurs d'un diplôme de bachelier ou ayant subi un examen devant les examinateurs du Bureau. Il nous faudra donc donner notre licence provinciale à des gens dont les seules qualifications seront soit : un diplôme d'instituteur, un brevet de troisième, classe et pour le service civil ou un certificat d'études complètes dans une école plus ou moins modèle !

Quelle sauvegarde pour notre autonomie :

2° "Reconnaître les degrés ou diplômes accordés par toute "école, collège ou université, britannique, canadienne, coloniale ou "étrangère."

Sauf pour les institutions étrangères, notre Bureau a aussi cette attribution, mais c'est un *pouvoir discrétionnaire*, comme l'a reconnu la Cour d'Appel dans la cause du Parvidès vs C. M. & C. P. Q. Supposons qu'aujourd'hui le même Démosthènes Parvidès obtienne une licence du Conseil Médical du Canada, il aura par le fait même droit à notre licence provinciale qui lui a déjà été refusée légitimement de l'aveu du plus haut tribunal de cette province.

Y a-t-il preuve plus évidente que le Conseil Médical empiétera sur les pouvoirs des bureaux locaux ?

3° "Dispenser les candidats, en tout ou en partie de subir des examens !"

Dans cette province pas d'examen ou pas de diplôme de bachelier : pas d'admission à l'étude de la médecine. Sans examen devant les assesseurs ou les examinateurs du bureau — impossible d'obtenir la licence — la loi est formelle sur ce point. Acceptez cette clause du bill Roddick et il vous faudra ouvrir le *sanctum* provincial à des individus qui n'auront pas prouvé leurs qualifications, soit pour l'étude, soit pour la pratique !

Est-ce là respecter les droits acquis des provinces ?

4° De conclure des traités de réciprocité avec les possessions britanniques ou *tout pays étranger*. Si pour remplir ses promesses d'ouvrir un champ plus vaste à l'activité professionnelle, le Conseil Médical du Canada conclut un traité de ce genre avec les Etats de la Nouvelle-Angleterre, quel en sera le résultat ? Par la brèche ainsi faite à notre autonomie vous verrez passer des centaines de médecins que leurs incurie, leur incompétence ou leur négligence à se conformer aux lois de la province ont forcés de se réfugier sous un ciel plus clément.

Est-ce suffisant pour justifier nos craintes et engager la profession à resserrer les rangs autour de nos institutions provinciales ?

"L'Union" glisse légèrement sur les résolutions de l'Association Médicale, mais elle ne refusera pas de reconnaître une certaine autorité au paragraphe a, clause 4, du bill, qui se lit comme suit :

"Le but du Conseil est de favoriser et d'effectuer :

"(a) L'assimilation et l'unification des divers titres et degrés de capacité établis par les différentes provinces du Canada comme "conditions d'admission à l'étude et à la pratique de la médecine."

Fondre dans un *grand tout* les divers bureaux établis dans le Dominion, voilà le but des créations du Conseil Médical du Canada. Pour obtenir cette fin, ils sollicitent du Parlement les pouvoirs les plus variés et les plus étendus. "Ce ne sera pas un corps enseignant," à proprement parler, mais une institution rêvant de contrôler tout l'enseignement médical. On y met des formes, nous le voulons bien, cependant, le but est là, et ce nouveau Moloch, s'il n'est solidement musulé, aura bientôt fait de dévorer les Conseils provinciaux.

(à suivre)

NOUVELLES.

Banquet des étudiants en médecine.

Mardi, le 21 février 1900, les étudiants en médecine, ont donné leur dîner annuel, au Queen's Hotel. Le président, M. Plouffe, et ses conseillers peuvent se féliciter d'avoir réussi pleinement. Les braves étudiants à la hauteur de leur position y ont apporté toute la gaieté, tout le décorum, toute la dignité, qui les rendent dignes de leurs universités. Les chants et les discours qui ont rehaussé et égayé ce repas excellent, étaient des mieux rendus. Cette fête intime, bien conduite, fait honneur à la Faculté et donne un goût de revenez-y. Bravo ! les carabins ; quand ça veut, ça peut ! Et l'année prochaine, qu'est ce qui empêche la présence des dames ? Comment ? un bal, ou au dessert chuchote-t-on ? Qui sait ; Peut-être l'un l'autre..... ou les deux. Va pour un *carabins*.

AUX MÉDECINS. — Le docteur Keen, président de la *American Medical Association*, adresse une lettre circulaire aux médecins des Etats-Unis, pour solliciter vivement leur appui afin d'opposer et de protester contre un bill, introduit par le sénateur Gallinger et intitulé "For the Further Prevention of Cruelty of Animals in the District of Columbia." Le but réel de ce bill semblerait être de prohiber le vivisection dans tous les Etats-Unis. Le passage d'un tel bill serait très regrettable dans l'état actuel de la science, tant médical que vétérinaire ; et paralyserait certainement le progrès scientifique.

MM. les docteurs S. Roy, de Beauport, Simard, de Québec et Sirois, de Ste-Anne Lapocatière, partiront mercredi pour l'Europe.

Monsieur le docteur Arthur Trudeau, de cette ville, a épousé le 21 courant, Mlle Eugénie Gaboury, fille de monsieur le docteur Gaboury, de Saint-Martin.

Nous apprenons avec plaisir que les autorités de l'hôpital Notre-Dame, viennent de confier à notre ami, M. J. E. W. Lecours, pharmacien, la direction des cours de chimie et de pharmacie, qui seront donnés dorénavant aux Sœurs pharmaciennes de cet hôpital, tous les mardis.

Nos félicitations à notre collaborateur de cette nomination qui vient de lui être offerte.

NAISSANCES — A Montréal, le 21 courant, l'épouse du Dr J. P. Gadbois, une fille.

A Sillery, le 22 courant, l'épouse du Dr A. Lavoie, un fils.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
La déontologie en gynécologie et sujets collatéraux — Diphtérie.....	281
REVUE DES JOURNAUX	
Obstétrique : Le palper chez la femme enceinte.....	282
THÉRAPEUTIQUE : Traitement de l'incontinence d'urine. — La quinine dans le traitement de la maladie de Basedow.....	283
MALADIES NERVEUSES : Traitement des psychoses périodique par l'atropine en injection sous-cutanées — De la démence précoce des jeunes gens, contribution à l'étude de l'Hebephrenie — Le traitement moral des maladies mentales — Communication sur quelques recherches sur la diodine dans le psychose — De la thérapeutique ovarienne chez les épileptiques.....	284
LE GOÏTE AU CANADA.....	285
REVUE PROFESSIONNELLE.....	285
THEOLOGIE MÉDICALE.....	279
QUESTIONS ET REPOSES.....	288
BIBLIOGRAPHIE.....	388
NOUVELLES.....	288

Travaux Originaux

La déontologie en gynécologie et sujets collatéraux.

Causerie d'ouverture du cours de gynécologie.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur adjoint de l'université Laval, gynécologue de l'hôpital Notre-Dame, etc.

Permettez-moi, messieurs, de saluer votre présence en aussi grand nombre et de vous souhaiter à tous la bienvenue à ces causeries du jeudi. En gynécologue, je dois modifier l'exclamation de mon fameux compatriote Abernethy, et au lieu de dire comme lui : " Mon Dieu ! qu'allez-vous tous devenir ! ", je dois m'écrier " Mon Dieu, ces pauvres femmes que vont-elles maintenant toutes devenir. "

J'ose m'attendre de vous cette année, mes bons amis, autant et même plus de bonne volonté et de travail que vos devanciers en ont montrés. Tous les ans les facilités pour les études cliniques en gynécologie augmentent ; il ne s'agit pour vous que d'être assidus et travailleurs. Comme vous le savez, depuis plusieurs années ce cours de maladies des femmes, se donne d'une façon absolument pratique. D'abord, tous les jeudis, il y a une causerie pratique au grand amphithéâtre de médecine, pour toute la classe. Comme vos prédécesseurs le savent, nous choisissons pour ces entretiens, les sujets généraux des plus utiles, ayant toujours présent à l'esprit le fait que ce cours est donné pour de futurs praticiens et non pour des spécialistes ; nous considérons donc toujours la gynécologie comme une partie du cours général de médecine et nous tâchons toujours de faire saisir les rapports entre elle et la médecine générale. Voulez-vous spécialiser plus tard ; eh bien ! vous ferez alors les études détaillées qu'exige la spécialité ; mais avant tout, devenez de bons praticiens ordinaires. Portez donc une attention toute particulière aux renseignements pratiques et précieux que nous vous donnons. Nous tâchons de vous inculper l'essentiel, aussi clair et aussi net que ce

peut. Notre but, c'est de vous apprendre, dans la mesure de nos faibles connaissances, à traiter la femme avec intelligence. Vous nous entendrez souvent insister sur ce qui paraît être des détails futiles, des minuties ; eh bien ! ces renseignements, banals en apparence, ne le sont pas en réalité ; nous insistons parce que nous voulons appuyer vos connaissances sur des bases solides, et pour cela il faut que les éléments soient bien connus. Ne négligez donc aucun de nos renseignements ; il y va de votre clientèle de l'avenir : la porte d'entrée pour arriver au foyer domestique, c'est la femme qui en tient la précieuse clé : traitez bien la gardienne !

Deux fois par semaine, le samedi surtout, par groupes de 10, vous venez au dispensaire ; et là, sous notre direction personnelle et celle de notre habile collègue, le docteur Harwood, aidés de l'interne de service, nous vous dressons, chacun de vous individuellement, à la pratique des manipulations usuelles du diagnostic et du traitement. Nous vous y habituons à la méthode et à la routine du praticien en son cabinet de consultation, ou à domicile.

Le dispensaire terminé, nous vous faisons faire la visite des salles, où nous vous interrogeons à chaque lit, et où nous vous donnons de petites cliniques sur chaque malade.

De plus, tous les lundis, vous venez assister, au grand amphithéâtre de chirurgie, aux opérations gynécologiques qui s'y pratiquent. Nous vous y exposons le diagnostic, le traitement, la technique opératoire. Nous espérons, avant longtemps, exiger, que chacun de vous ait pratiqué sous nos yeux, un curetage, une périnéorraphie, — ces opérations d'urgence que tout praticien doit savoir faire.

Nous ne saurions trop vous encourager à rechercher les quatre places d'externat, de deux mois chacun, que ce service vous offre. Vous y trouverez de grandes avantages pratiques, et c'est un pas vers l'internat.

Le cours de gynécologie n'est obligatoire, comme vous le savez, que pour les élèves de quatrième année ; cependant nous serons toujours heureux de recevoir, aux causeries du jeudi, tout élève de la Faculté qui aimerait à y venir, — surtout ceux de troisième année. Nous formulons le vœu que l'année prochaine, ces cliniques à l'amphithéâtre seront obligatoires pour ceux de 3^e et 4^e années. Il va s'en dire que les anciens élèves et les médecins étrangers que ces petites cliniques pourraient intéresser, seront toujours les bienvenus, et que nous ferons de notre mieux pour les intéresser.

Comme ces cliniques ne sont pas données sous forme de conférences didactiques, théoriques compilées, mais bien sous la forme de véritable, causeries, nous vous prions, messieurs, de vouloir bien nous demander, séance tenante, des explications sur des points qui ne vous paraîtraient pas suffisamment clairs, ou que vous ne comprendiez point. Un proverbe espagnol dit ; " Quien pregunta no yerra " — qui demande n'erre pas, — alors faites, je vous en prie. Pour vous être agréable et utile, nous répondrons de suite, si nous le pouvons ; sinon, nous prendrons note de vos questions, nous ferons les recherches nécessaires et nous vous satisferons à une séance ultérieure.

Avant d'entamer le sujet proprement dit de cette causerie nous devons vous avertir que la carte de cours ne sera livrée qu'aux

élèves qui auront fait chacun, au moins 15 examens, soit au dispensaire, soit dans les salles.

Ceci dit, nous abordons notre sujet: Nous avons à vous entretenir de "La déontologie en gynécologie et des sujets collatéraux". Cette question est vaste et porte sur les points les plus délicats, du plus haut intérêt au point de vue médical et légal. Beaucoup de ces questions se rattachent à la déontologie médicale en général, mais acquièrent une importance capitale en gynécologie, qu'il convient de souligner. Dans cette causerie nous ne pourrions que toucher aux plus importantes, aux plus saillantes.

(à suivre)

DIPHTÉRIE

(Suite)

Diagnostic différentiel

Seul l'examen bactériologique permet de faire le diagnostic différentiel entre ces diverses affections des voies respiratoires supérieures. C'est aussi le meilleur guide pour le pronostic et le traitement.

Il faut y recourir de toute nécessité, aussitôt qu'on a affaire à une angine avec du blanc dans la gorge, car le diagnostic clinique peut prêter à des erreurs grossières qui entraîneraient de funestes conséquences.

La clinique et la bactériologie doivent s'entraider toujours, et il ne faut pas sacrifier l'une au dépens de l'autre. Mais, s'il sait user de ces deux moyens de diagnostic, le praticien arrivera sûrement à différencier toutes ces angines à caractères plus ou moins diphtéroïdes, et à leur assigner, à chacune d'elle, les caractères qui leur sont propres.

Le docteur Roux, dans sa fameuse communication au congrès de Budapest, en 1894, insiste particulièrement sur l'emploi des méthodes bactériologiques pour faire le diagnostic précoce de la diphtérie.

Parmi les maladies à fausses membranes qui peuvent tromper le praticien, nous mentionnerons l'angine herpétique, l'amygdalite aiguë, l'amygdalite phlegmoneuse, l'angine membraneuse, l'angine syphilitique, etc.

L'angine herpétique a un début plus brusque que dans l'angine diphtérique, mais cependant cette différence est peu sensible, et ne peut servir efficacement au diagnostic. Dieulafoy cite le fait d'un individu, âgé de cinquante ans, qui entra à l'hôpital avec une affection de la gorge, présentant tous les caractères d'une angine herpétique; or, l'examen bactériologique démontra que cette angine était de nature diphtérique. Trousseau, en 1858, avant même la découverte de la bactériologie, disait: "Une angine mortelle débute souvent sous forme d'une lésion herpétique du pharynx." La seule différence qui peut exister, c'est que, dans l'angine herpétique, les fausses membranes envahissent rapidement le pharynx; ce qui n'arrive pas d'ordinaire dans l'angine diphtérique.

Dans l'amygdalite aiguë, les symptômes du début diffèrent peu de ceux de l'angine diphtérique, sinon qu'ils sont plus intenses dans celle-là.

Dans l'angine membraneuse, non diphtérique, le diagnostic clinique ne vaut rien, à moins que le médecin ait recouru à l'examen bactériologique. Mathieu rapporte que sur 200 enfants entrés au pavillon de la diphtérie, à l'hôpital des Enfants, 42 avaient des angines qui n'étaient pas diphtériques. Ce seul exemple montre combien l'erreur est facile, même pour le praticien le plus habile; aussi, dans toute angine, devons-nous recourir à l'examen bactériologique qui nous fera connaître d'une manière certaine la nature microbienne de l'exsudat, et nous enseignera avantagement sur le pronostic de ces affections de la gorge.

Cet examen bactériologique, pour être réellement utile, doit se répéter deux ou trois fois, car au début il peut y avoir absence de bacilles, ou ceux-ci peuvent n'apparaître que vers le septième ou le huitième jour. Cette précaution n'est pas toujours nécessaire, mais, en y recourant on évitera parfois certaines erreurs causées par un diagnostic fait un peu trop précipitamment.

Nous nous faisons un plaisir de publier, à l'appui de notre thèse la statistique suivante du docteur Sevestre, de l'hôpital des Enfants malades, pour l'année 1896:

—, La statistique que j'ai l'honneur de présenter à la Société " comprend tous les malades entrés dans courant de l'année au pavillon Trousseau, comme atteints ou suspects de diphtérie, et parmi " lesquels un assez bon nombre n'étaient pas atteints de cette maladie; l'observation clinique et l'examen bactériologique ont permis, " au bout de quelques jours, de faire le diagnostic de ces cas. D'autre " part, les chiffres qui expriment la mortalité comprennent tous les cas " dans lesquels les enfants sont morts, soit par le fait de la diphtérie, " soit pour toute autre cause (bronchopneumonie, rougeole, scarlatine, coqueluche, tuberculose).

Voici les chiffres:

Total des entrées au pavillon..... 853

Décès..... 147

Décès après vingt quatre heures..... 99

Ce qui met la mortalité totale à 17,24, et la mortalité réduite à " 12,29.

" Parmi ces cas sont comptés les angines reconnus postérieurement non diphtériques. Ces angines sont au nombre de 140, parmi " lesquelles 26 décès mettent la mortalité globale à 18,56.

" Les cas de croup sont au nombre de 388, parmi lesquels 145 " restèrent sans intervention et donnèrent 14 morts, soit une mortalité de 9,65. Sur les 218 tubés, 71 moururent (mortalité 32,56).

" Les 25 autres furent trachéotomisés, 17 moururent.

(à suivre)

Revue des journaux

OBSTÉTRIQUE

Le palper chez la femme enceinte

Par M. le Dr BRINDEAU

(Suite)

Le diagnostic de présentation et de position étant fait, on explorera la partie liquide de l'œuf c'est-à-dire le liquide amniotique.

A l'état normal, la quantité d'eau est peu abondante ; aussi la sensation de poche fluctuante n'est pas obtenue, mais dans le cas d'hydramnios cette fluctuation devient plus nette, on arrive à produire la sensation de flot à l'aide d'une chiquenaude. En même temps, toutes les parties fœtales flottent dans le liquide et le ballottement peut s'obtenir au niveau du siège et des autres régions du fœtus.

Nous venons de voir quels sont les renseignements que donne le palper dans les cas simples ; voyons maintenant ce que l'on peut obtenir dans quelques cas particuliers.

Ce mode d'exploration rend les plus grands services dans les grossesses multiples et il permet, à lui seul, d'affirmer l'existence d'une grossesse gémellaire. Nous avons vu comment il était possible de reconnaître les deux grosses extrémités fœtales, tête et siège. Si donc, par le palper, on constate la présence de quatre ou de trois grosses extrémités. On peut même émettre le même diagnostic quand on ne trouve que deux extrémités avec leur caractères bien nets (régularité, dureté, ballottement, etc.) permettant de reconnaître deux têtes. Dans les cas douteux, du reste, le palper et le toucher combinés rendront de grands services en saisissant entre la main abdominale et la main vaginale les deux pôles du fœtus qui tend à s'engager. On constatera ainsi que l'autre fœtus est indépendant. Par le palper également, on devra mettre en position ces deux fœtus et, le plus souvent, on pourra dire comment sont placés les jumeaux (fœtus antéposés, fœtus superposés, fœtus juxtaposés). MM. Budin, Ribemont, etc., on pu faire plus d'une fois ce diagnostic. Dans la grossesse triple, qui sont, du reste, extrêmement rares le diagnostic est plus délicat ; cependant, il a pu être posé par plusieurs accoucheurs (Pinard). Un certain nombre de tumeurs peuvent compliquer la grossesse (kystes de l'ovaire, fibromes de l'utérus, etc.) Quand ces tumeurs sont abdominales et ne sont pas complètement enclavées dans l'excavation, on peut les reconnaître par le palper. Le plus souvent, elles ont une consistance différente de l'utérus ; elles ne se contractent pas comme ce dernier ; enfin, dans leur masse, on ne peut sentir de parties fœtales. Il faut savoir en outre, que la grossesse amène des modifications très importantes dans la consistance de ces tumeurs. Les tumeurs liquides (kystes de l'ovaire) deviennent plus dures, tandis que les tumeurs solides (fibromes) ont une telle tendance à se ramollir qu'elles paraissent quelquefois fluctuantes.

Quand, à la fin de la grossesse, on ne trouve pas la tête engagée, il faut immédiatement songer à la possibilité d'un rétrécissement et de le mesurer. Mais il est un renseignement important que l'on peut obtenir par le palper seul, c'est le rapport du volume de la tête avec l'aire du détroit supérieur. Autrement dit, on doit chercher à reconnaître si la tête pourra ou ne pourra pas descendre dans l'excavation au moment de l'accouchement. Ce procédé, appelé palper mensurateur de Müller-Pinard, se pratique de la façon suivante : on saisit la tête entre les deux mains et on cherche à la faire pénétrer dans l'excavation en lui imprimant de petits mouvements de latéralité. Quand la tête est bien fixée au niveau du détroit supérieur, on l'applique d'avant en arrière sur le promontoire à l'aide de la main gauche. La main droite doit alors rechercher la symphyse pubienne et juger de la saillie formée par la fosse pariétale antérieure au-devant du pubis. Quand cette saillie est plus prononcée, la tête pourra passer. Il existe d'autres procédés permettant d'évaluer le volume de la tête fœtale. Le plus pratique consiste à mesurer la tête à travers la paroi abdominale. Quand le diamètre de la tête ainsi mesuré dépasse 17 centimètres, on peut affirmer l'hydrocéphalie (Pinard et Varnier).

Enfin, Perret a trouvé un moyen de déterminer, à peu de chose près, le diamètre bi-pariétal qui est si important à connaître dans les cas de bassins rétrécis. La tête étant ramenée au-dessus du dé-

troit supérieur, on mesure, à l'aide d'un céphalomètre le diamètre occipito-frontal à travers la paroi abdominal. Il suffit alors de retrancher 2 cent. 1/2 plus l'épaisseur de la paroi pour avoir le diamètre bi-pariétal. Ce diamètre étant connu, on sera ainsi renseigné sur l'époque à laquelle on pourra interrompre la grossesse si l'on se décide à pratiquer l'accouchement prématuré.

(G. Méd. Belge.)

THERAPEUTIQUE

Traitement de l'incontinence d'urine

Par LEVIS JONES (de Londres)

L'incontinence nocturne d'urine est avantageusement traitée par des applications peu douloureuses d'électricité au périnée. L'explication pathologique étant dans la persistance d'un état infantile, les centres cérébraux perdant leur influence sur les centres automatiques lombaires pendant le sommeil, l'application d'électricité agirait par une sorte d'éducation des centres lombaires et cérébraux.

(Congr. de l'Assoe. franc. pour l'avancement des sciences (Boulogne) — Rev. Neurol.)

La Quinine dans le traitement de la maladie de Basedow

Par SOULIER.

Soulier donne l'observation d'une femme atteinte de maladie de Basedow, chez laquelle, sous l'influence de la quinine, on obtint la cessation des troubles nerveux, la diminution du goitre et de l'exophtalmie. Trois mois plus tard, rechute ; on reprend le traitement par la quinine : au bout d'un mois, le goitre diminue de moitié, tandis que l'exorbitisme et les phénomènes nerveux disparaissent entièrement.

Une autre femme présente le syndrome de Basedow ; la thyroïdine et surtout le séjour à la campagne produisent une accalmie ; puis la quinine fait disparaître avec rapidité les phénomènes nerveux.

Ces résultats si satisfaisants encouragent à tenter le traitement si simple par la quinine contre une affection jusqu'à présent rebelle à tous les traitements.

(Journal de médecine interne. — Rev. Neurol.)

Du traitement des Goitres exophtalmiques

Par J. M. DEBOVE.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade qui fut guérie d'un goitre exophtalmique à la suite du traitement par l'injection interstitielle d'une solution isodée. Doit-on en conclure qu'il faille généraliser cette méthode pour l'appliquer au traitement des goitres exophtalmiques ? Debove ne le croit pas. Parmi les basedowiens il en est chez lesquels un goitre simple s'est transformé en goitre exophtalmique, chez d'autres la maladie semble s'être développée sous l'influence d'une affection cardiaque.

D'autres goitres exophtalmique, semble être d'origine hystérique : c'est à cette dernière catégorie que se rapporte le syndrome constaté chez la malade. Un fait, de plus, doit être signalé chez elle, les muscles frontaux ne se contractent pas sous l'influence de la vo-

lonté, quoiqu'ils réagissent parfaitement à l'incitation électrique.

Discussion. — Béalère se rallie à l'opinion de Débove sur la fréquence du syndrome basedowien comme manifestation de l'hystérie. Mais les rapports qui unissent ces deux états sont complexes : la production du goitre exophtalmique qui paraît due à la présence en excès dans le sang des substances élaborées par la glande thyroïde : n'est-il point vraisemblable d'admettre que l'hypersécrétion thyroïdienne, peut être une manifestation de l'hystérie, comme l'hypersécrétion d'autres organes glandulaires. Cette hypersécrétion peut aussi produire une auto-intoxication, qui, au même titre que l'intoxication saturnine et hystériques. "Le syndrome de Basedow est à la fois cause et effet de l'hystérie."

(*Soc. méd. des Hop. — Rev. neurol.*)

La médication chlorhydropeptique (Société de Thérapeutique)

Par M. A. MATHIEU

La médication chlorhydropeptique peut être substitutive ou excitopeptique.

Dans ce dernier cas, on emploie à doses faibles la pepsine et l'HCL. La pepsine à doses minimales est vraisemblablement un médicament agissant d'une manière psychique ou suggestive.

Quant à l'acide chlorhydrique à faibles doses, son action n'est nullement indifférente. En donnant une heure après le repas, quelques gouttes de HCL associé à des teintures amères, on obtient une action excitante, qui se traduit par une augmentation de l'appétit et par une amélioration des digestions. Les expériences de Pawlow nous font comprendre le mécanisme de cette action favorable : Pawlow a démontré sur le chien, qu'une petite quantité de HCL ou de peptone, mise au contact de la muqueuse gastrique, détermine la mise en train de la sécrétion chlorhydrique et réveille la motricité stomacale. De plus, des petites doses de HCL mettent également en train la sécrétion pancréatique. Il y a donc une réelle utilité à donner HCL à des malades dont la sécrétion est insuffisante ; des doses faibles ne pourront évidemment pas remplacer HCL manquant ; au moins produisent-elles l'action excito-sécrétoire qui est indispensable à une bonne digestion.

L'emploi de HCL à fortes doses — et en général la médication chlorhydropeptique substitutive — nous est, par contre, complètement inconnu.

M. Catillon insiste sur l'inégale valeur des pepsines. Les pepsines préparées par précipitation par l'alcool, comme on le faisait jadis, sont beaucoup moins actives que les autres.

Il fait remarquer qu'un repas composé d'un œuf et d'un bifteck représente 140 grammes de fibrine. Pour peptoniser 140 grammes de fibrine, il faut employer 6 gr. 50 de pepsine amyliacée et 9 grammes d'acide chlorhydrique.

La pepsine sert à dissoudre les albuminoïdes et à les transformer en peptones.

M. Linossier croit aussi que la pepsine sert à la fluidification des aliments. Il rappelle que la digestion artificielle *in vitro* n'est nullement comparable aux digestions qui s'effectuent dans l'estomac. L'estomac brasse sans cesse, en effet son contenu, assurant ainsi de plus fréquents contacts des aliments et du suc gastrique.

Il cite des expériences établissant que le contenu stomacal passe progressivement dans l'intestin ; une heure après un repas d'Kwald la moitié de ce repas est passée dans l'intestin.

(*Indép. méd.*)

Maladies nerveuses

Traitement des Psychoses périodiques par l'Atropine en injections sous-cutanées,

Par KEINKE (Uckermünde)

Injection, à doses croissantes (1 à 2 milligrammes). Dans 4 des 8 cas expérimentés, il y aurait eu diminution de l'intensité des crises d'agitation. Les expériences sont à continuer.

Dans la *discussion*, Siemens et Kroemen doutent de l'influence réelle du médicament ; les variations spontanées sont grandes dans les folies périodiques.

(V^e session de la Soc. de psych. de l'Allemagne du nord. — *Rev. Neurol.*)

De la démence précoce de jeunes gens, Contribution à l'étude de l'Hébéphrénie

Par CHRISTIAN (Charenton)

Cette affection a été vue par Pinel qui la nomme idiotisme, par Esquirol qui la nomme idiotie acquise. Morel y voit une maladie constitutionnelle des dégénérés (idiotisme consécutif). C'est Kallbaum et Hecker qui la différencient bien sous le nom d'hébéphrénie. (H. vraie et H. atténuée au hébédophrénie).

La démence précoce est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet, Christian en a observé 100 cas en dix-neuf ans.

Les symptômes caractéristiques sont : l'apparition à l'âge de la puberté, les manifestations délirantes variables au début, les impulsions soudaines constantes, la terminaison rapide par une démence plus ou moins complète. Trois périodes y sont à considérer ; la période d'incubation, la période délirante, la période de démence. Les prodromes peuvent être nuls, ou se montrent sous forme de symptômes vagues, fatigue, inaptitude au travail, etc. Puis apparaît plus ou moins brusquement un délire qui peut affecter les formes les plus diverses, excitation maniaque, mélancolie, délire hypochondriaque, confusion mentale, délire hallucinatoire.

Enfin rapidement le malade tombe dans la démence. Il est remarquable dit Christian, que l'affaiblissement intellectuel arrive vite à son point culminant et dès lors, reste indéfiniment stationnaire. Certains hébéphréniques restent voués à l'imbécillité, d'autres tombent d'emblée dans l'idiotisme complet sans que rien ne permette de préjuger sur l'une ou l'autre de ces terminaisons. Dans les cas les plus bénins (forme légère), cet affaiblissement n'est pas incompatible absolument avec la vie sociale. Dans la forme grave il faut noter l'existence fréquente de raptus impulsifs. Les symptômes catatoniques se rencontrent dans certains cas qui ne peuvent être réellement différenciés des autres.

Le pronostic est fatal quant à l'intégrité intellectuelle ; mais la survie est illimitée.

La maladie apparaît de 15 à 20 ans. Christian n'admet pas l'influence inclusive de l'hérédité ou de la dégénérescence qu'invoquent tant d'autres auteurs. Un grand nombre de ses malades étaient antérieurement normaux à tous points de vue, souvent même supérieurs. Il accorde une importance primordiale aux causes débilitantes (onanisme), mais surtout au surmenage ; et si l'affection est plus rare actuellement chez la femme, cette inégalité disparaîtra probablement dans l'avenir. La puberté n'est qu'une cause prédisposante.

(*Ann. méd. Psych. — Nev. neurol.*)

Le traitement moral des maladies mentales

Par FRANCESCO ACCINELLI (de Trofarello)

Des observations de Accinelli, il résulte que le traitement moral, appliqué à différentes formes d'aliénation peut donner de notables améliorations, sinon des guérisons. Ce traitement n'est pas seulement utile dans la mélancolie et les états de dépression, il rend des services signalés dans d'autres cas. Son application demande une connaissance approfondie de la pathologie spéciale, du caractère du malade et du milieu dans lequel il a vécu et est destiné à vivre. Le traitement moral consistant surtout en une impulsion psychique rationnelle, en une suggestion continue par l'exemple et la persuasion, en une dérivation opportune en faisant se développer anormalement et d'une façon exagérée quelques sentiments, doit, pour être complet et donner des résultats durables, être continué après la guérison.

(Annali di freniatria e Sc. aff. Rev. neurol.)

Communication sur quelques recherches sur la Dionine dans les Psychoses

Par RANSOHOFF (Stephansfeld.)

La dionine est très soluble, peu douloureuse en injection sous cutanée, la dose est de 0,04 au maximum, Ransohoff l'a employée comme succédané de la morphine dans 22 cas de mélancolie (m. orales, périodes dépressives de la démence précoce, folie périodique, etc.) Elle ne donne pas lieu à des vomissements, ni à aucun malaise. Elle est indiquée chez les individus affaiblis et intolérants pour la morphine, et dans la cure de la morphinomanie. On n'a pas observé de cas de dioninisme. La dionine peut suppléer la morphine, et se combiner avec d'autres hypnotiques (paraldéhyde, bromure). Ransohoff n'a pas observé de prurit à la suite des injections. La dionine est contre indiquée dans les cas d'excitation.

(Psych. Wochenschrift — Rev. neurol.)

De la Thérapeutique ovarienne chez les Epileptiques

Par TOULOUSE et MARCHAND

Les observations de cinq malades épileptiques traitées par la médication ovarienne montre que cette médication n'a en rien altéré leur état général.

Il est donc certain que le traitement tel qu'il a été institué par les auteurs est, tout au moins, inoffensif.

Le traitement est, en outre, actif. Il tend à rétablir le flux menstruel. Il tend à diminuer un peu le nombre des accès et beaucoup le nombre des vertiges ; son action s'exerce principalement durant la période thérapeutique.

(Revue de psychiatrie. — Rev. neurol.)

LE GOITRE AU CANADA.

Notre savant collègue, le docteur Adami, de l'université McGill, étant à faire un travail sur le Goitre au Canada, sollicite le secours des médecins pour rendre cette étude aussi précise que possible. Nous ne saurions trop prier nos confrères qui le pourront, de donner des renseignements complets sur cette maladie. Nous publions

le questionnaire, et toute réponse, adressée soit au docteur G. Adami, 331 rue Peel, ou au rédacteur de la Revue Médicale, serait des plus appréciées. Des blancs de questionnaires seront envoyés à ceux que la question intéresse.

De la fréquence du Goitre au Canada.

Nom du médecin faisant le rapport

Bureau de Poste

Comté

Province

L'étendue approximative, en milles carrés, du district en question

1. Le Goitre ordinaire est-il fréquent dans votre voisinage ?
2. Peut-il être considéré comme endémique ou existe-t-il à l'état sporadique ?
3. Quelle est la population de votre district ?
4. Quelle est, en somme, le nombre de familles que vous connaissez personnellement et sur lesquelles vous pouvez faire un rapport ?
5. Quel est, en somme, le nombre de cas qui, à votre connaissance personnelle existent présentement dans votre district ?
6. S'il existe à l'état endémique, est il répandu sur tout l'étendue de votre district ;
ou (a) est-il circonscrit à une certaine localité ;
ou (b) limité à certaines familles seulement ?
7. Votre district est-il plat ou montagneux ?
8. Pouvez-vous nous fournir quelques renseignements sur la formation géologique de votre district ?
9. Est-ce que l'eau potable à l'usage des localités affectées diffère de celle des localités qui ne le sont pas ?
10. Avez-vous des cas de Goitre d'extrême gravité, ou sont-ils en général de peu d'importance ?
Avez-vous remarqué des cas de "grosse gorge" chez des animaux ?
11. Connaissez-vous quelques cas de Crétinisme dans votre voisinage ?
(a) Sont-ils goitreux ?
ou (b) Avez-vous constaté l'absence de la glande thyroïdienne ?
12. Connaissez-vous quelque cas de Goitre exophtalmique (maladie de Basedow) dans votre district ?

Sur demande seriez-vous assez bon de nous faire parvenir des renseignements plus détaillés et plus précis se rapportant à des cas particuliers, sur : (a) l'âge au moment de l'apparition de la maladie ; (b) les symptômes, etc., etc.

REVUE PROFESSIONNELLE

Le projet de licence interprovinciale

Par M. le Dr L. J. A. SIROIS. (St-Ferdinand d'Halifax.)

(Suite)

Un troisième argument de "l'Union" mérite sérieuse considération.

"Croit-on dit-elle, que nos facultés de médecine auront à tenir compte du Conseil Médical du Canada ? Pas la moins du monde.

“Elles ne relèveront jamais, pour le programme des études, que de notre bureau provincial. Dans les autres provinces la même chose. Personne ne tolérerait, ni ici ni ailleurs, qu'il en soit autrement. Croit-on qu'Ontario, par exemple, laisserait le Conseil Médical du Canada intervenir dans ses propres affaires ? Pas plus que Québec.

Cette affirmation peut être spécieuse, il y a une si grande différence entre accepter une règle de force ou de bon gré. Toutefois l'auteur n'a pas dû écrire à la légère, sans réfléchir à l'étendue et à la prudence de cette assertion, ni mesurer la responsabilité qui s'attache à sa parole de professeur. Nous nous réjouissons sincèrement de cette expression d'opinion, car cette indépendance des universités sera l'écueil sur lequel viendra faire naufrage la nacelle du Conseil Médical.

“Les facultés de médecine, ici et ailleurs, ne relèveront jamais que des bureaux provinciaux.” Alors où le Conseil Médical prendra-t-il ses candidats ? Pourra-t-il faire jaillir l'unité, ou même l'uniformité de la diversité ?

D'après l'Art. 10, sect. j. a. “les exigences du cours d'études ne seront en aucun temps moindres que celles du cours d'études le plus étendu établi dans le même temps, pour le même objet, dans toutes et chacune des provinces.” Donc le Conseil Médical devra accepter le cours le plus étendu : c'est celui d'Ontario. Par le fait même, aucun aspirant de Québec, des provinces maritimes ou de l'Ouest ne pourra subir l'examen pour la licence fédérale, puisque les cours d'études dans ces différents endroits ne sont pas de cinq ans. Les élèves d'Ontario, seuls, jouiront des avantages de la licence interprovinciale. Ceux des nôtres ayant la même ambition, devront aller faire leur cléricature à Toronto, car “l'Union” l'affirme, les universités ne modifieront pas leur programme.

Parlez-nous après cela des beautés du bill Roddick !

Vous objecterez, peut-être, les universités, tout en se conformant aux exigences des bureaux provinciaux, peuvent élever leur curriculum au niveau fixé par le Conseil Médical, le plus renfermant le moins ! Oui, et c'est ce qui nous inquiète. Comme elles n'auront pas un cours pour les provinces et un cours pour le Dominion, les élèves suivront naturellement ce dernier, et se trouvant *ipso facto* qualifiés pour la licence fédérale qui leur “ouvrira toutes grandes les portes de l'Angleterre et celles de ces colonies” ils auraient tort de ne pas aller se présenter devant les examinateurs du Dominion.

En résumé, sans modification dans les programmes d'études, pas de licence interprovinciale conforme aux conditions fixées par le projet de loi : s'il y a changement du cours notre contrôle sur l'enseignement se trouve annulé.

Aux yeux de l'écrivain de “l'Union” le bill Roddick ne présente aucun danger, pour des raisons principales.

La première, parce que le Conseil Médical sera composé des représentants de chacune des provinces.

Nous avons déjà exprimé notre opinion sur la valeur de cette garantie. Un tiers des membres du Conseil sera choisi par le gouvernement d'Ottawa. Que représenteront ces heureux mortels ? l'exécutif fédéral, les provinces ou simplement eux-mêmes ? Puis, les droits généraux des membres du Conseil sont fixés par l'Article 10 :

“Faire, abroger, amender des règles, ordres et règlements non contraires à la loi ou aux dispositions de cette Acte, en vue ou au sujets des fins suivantes etc.”

Ils ne sauraient sortir du champ d'action ainsi limité, en devoir de la ligne de conduite qui leur est tracée par l'Acte Médical.

La Section 6 de l'Art. 6 jette un peu de lumière sur ce point car elle stipule que tout membre du Conseil devra être porteur de la licence fédérale. Pourquoi cette restriction ? Ne veut-on pas

faire d'un pierre deux corps : mettre à prime la licence fédérale et défranchiser les neuf-dixièmes de nos médecins les mieux qualifiés à siéger dans le Conseil Médical du Canada ? Si, comme le professe “l'Union” le Conseil Médical a pour unique but “de s'enquérir des capacités d'un candidat qui veut passer d'une province à une autre”, pour quelle raisons nos professeurs, nos médecins à grande clientèle, nos confrères solidement fixés au sol, par le temps, l'intérêt, la propriété etc, iraient-il chercher une licence fédérale ?

D'ailleurs admettre avec “l'Union” que les membres du Conseil “seront là pour protéger les droits provinciaux, et que, s'ils forçaient par leurs règlements l'une des provinces à se retirer du pacte fédéral, ils détruiraient par le fait même toute leur organisation.” équivaut à dire ceci : les représentants des petites provinces étant la majorité — 18 contre 6 — sauront faire accepter par Ontario et Québec, sous peine d'ébranler les colonnes du Temple, leurs cours de dix huit et vingt-quatre mois, trouveront moyen de leur imposer un degré d'immatriculation à la portée de tous les ignares de la Puissance.

La seconde raison invoqué par “l'Union” pour calmer toute appréhension est celle-ci, “l'Acte médical du Canada ne pourra devenir en force que dans les provinces où il aura été accepté par une loi spéciale, passée par la législature provinciale.”

Les promoteurs du sujet de loi ne l'entendaient pas du premier abord, de cette manière. Par la clause 4, sut. f. ils demandaient le pouvoir de favoriser et d'affecter : “la création de telle législation par les diverses provinces du Canada, qui puisse être nécessaire pour mettre en vigueur les dispositions de cet acte et pour atteindre en tout ou en partie les fins mentionnées ci-devant.”

Rémarquez bien la phraséologie, le Bureau Central demandait le pouvoir de s'adresser, *lui-même, directement*, aux législatures. Depuis l'impression du bill de meilleurs conseils ont prévalu, et le Dr Roddick annonçait à la Société médicale de Québec qu'il ajouterait les mots suivants, à la fin de cette clause :

“Avec le consentement et à l'instigation de chaque bureau provincial de médecine.”

Cet appel à la législature sera-t-il une sauvegarde ? Une fois liés par la volonté du parlement provincial, pourrons-nous sortir du pacte aussi facilement que le croit “l'Union” ? Oh ! direz-vous, la législature peut toujours défaire son œuvre ! Oui, mais les droits acquis — ces deux grands mots qui couvrent déjà tant d'arbitraire et d'injustices ! Tenez, on fera accepter le projet par la législature, à titre d'essai, avec promesse de nous tenir ouverte une porte de sortie, si nous ne sommes pas satisfaits des résultats de cette tentative. Arrive l'heure où le mécontentement deviendra trop général, on invoquera les droits acquis par les étudiants admis à l'étude, par les médecins déjà licenciés, par telle université qui trouve son profit au maintien du nouveau régime, comme par le passé, on mettra en jeu les influences politiques..... et il nous faudra plier le cou sous le joug. Après avoir vu la législature refuser à la profession ses demandes les plus légitimes, — le projet de loi de M. Roy, qui vient de sa troisième, en est une nouvelle preuve, — il semble absurde de la constituer arbitre de nos libertés professionnelles.

Par les articles 3977 et 3977 a, des S. R. P. Q., notre bureau provincial a déjà le droit de conférer sa licence aux porteurs de diplômes des universités britanniques, coloniales et françaises. Ce pouvoir ne répondrait-il pas aux exigences d'un système de réciprocité interprovinciale plus en faveur du Conseil Médical, quitter le certain pour l'incertain, lâcher la proie pour l'ombre !

On invoquera, ajoute-t-on, l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, dont on aurait violé l'esprit ! Vraiment ! Vous auriez bonne grâce à invoquer la protection de cet Acte quand vous aurez été partie à cette violation de la constitution ! Vous savez quel rôle joue le précédent dans notre système administratif et parlementaire. Une

fois cette question de l'éducation médicale implantée sur le terrain fédéral, avec l'autorisation complaisante des législatures, vous verrez comme elle y prendra facilement racine. Aujourd'hui on a recours à un simple artifice légal pour permettre l'introduction de cette mesure à Ottawa, et grâce au souffle d'impérialisme qui passe en ce moment sur le pays, en faisant résonner aux oreilles des députés les mots d'amour de la mère-patrie, et de ses colonies, on réussira à la faire adopter. Le président sera créé, et il faudra en subir les conséquences. Le droit de contrôle exclusif des législatures sur l'éducation médicale aura vécu.

Enfin, dit "l'Union" : "La race et la religion n'ont rien à voir dans cette question d'administration professionnelle où tous les médecins de la Province, catholiques ou protestants, anglais ou français, ont des intérêts communs."

Voilà, certes, une affirmation trop large. Nous serons une minorité dans cette union fédérale, il importe de sonder le terrain d'avance, de nous affirmer avec énergie ; si nous ne savons nous protéger, nos voisins ne se soucieront guère de nos intérêts. On nous concède l'usage de la langue française : cette concession sera-t-elle plus apparente que réelle ? les examinateurs choisis pour l'examen professionnel passeront-ils assez bien la langue de Bossuet, comprendront-ils le génie médical français pour rendre justice aux candidats ? Pour l'examen d'immatriculation, la grammaire et la littérature anglaises occuperont-elles la place d'honneur (comme dans le programme adoptée par l'Association Médicale Canadienne), au détriment de nos compatriotes ? Sur certaines questions d'obstétrique et de gynécologie, les catholiques diffèrent d'opinion avec les protestants, notre foi religieuse pourrait-elle nous faire taxer d'ignorance ? Autant de points délicats sur lesquels il ne faut pas passer l'éponge le cœur léger !

"Intérêts communs," cette formule est souvent invoquée pour excuser d'humiliantes capitulations. A Ottawa nos concitoyens d'origine anglaise ont la majorité cependant, invoquant nos intérêts communs, allez leur demander de renoncer au ministre anglais de la Province de Québec ? Votre réception ne sera pas des plus enthousiastes, croez-le.

En résumé, tout le monde vivait, pour nous servir d'une comparaison empruntée au commerce, la création d'un modeste bureau d'échanges, destiné à faciliter les transactions entre les diverses provinces. Que voit-on survenir ? Une corporation colossale, extrêmement puissante dans ses attributions législatives, prête à livrer une formidable compétition à ses humbles voisines, décidée à leur enlever la clientèle par l'apport de conditions faciles et l'ouverture de marchés nouveaux ! Rien de surprenant, alors que le réveil soit pénible et que la stupeur des premiers moments fasse place à un sentiment d'opposition qui s'accroît avec le temps et la réflexion.

L. J. O. SIROIS, M. D.

St-Ferdinand d'Halifax,
16 Février 1900.

Theologie et Gynecologie.

QUESTIONS

Une femme souffre de ses organes pelviens au point d'être toujours malade et de ne pouvoir souvent remplir ses devoirs conjugaux ; cependant elle peut encore procréer ; l'affection est telle, que, pour la guérir, il faille sacrifier les annexes malades ou la débarrasser de son utérus ; cette personne n'est pas en danger de mort immédiate, peut être même n'est-il question que d'un état maladif et souffrant

continuel ; le chirurgien dans ce cas est-il justifiable de rendre la santé à cette femme, à cette mère, en pratiquant une opération radicale, qui, à coup sûr, la rendra stérile ?

2° En d'autres termes, quelles seront désormais, au point de vue catholique, les rares indications de l'ablation des annexes et de l'hystérectomie ? Pourra-t-on jamais faire une hystérectomie totale pour des fibromes, par exemple, avant que la personne ait dépassé le limite d'âge ou qu'elle soit en menace de mort par la grosseur de la tumeur ? Quel ne seront pas les dangers énormément accrus de l'opération en patientant, parceque la femme pourra procréer et que pendant ce temps d'activité sexuelle on ne pourra intervenir ?

3° Au point de vue de l'épilepsie, des grandes névroses, le chirurgien a-t-il le droit de châtrer une femme ? C'est-à-dire, peut-il priver cette femme de ses organes de reproduction, en apparence normaux, pour tenter, ou quelquefois assurer une guérison de sa névrose ?

4° Une femme est enceinte, 1° de moins de 6 mois ; 2° de plus de 6 mois ; elle porte une tumeur abdominale dont la rupture possible ou des altérations malignes, pourront mettre la santé et la vie de la femme en danger ; peut-on opérer, sachant qu'il y aura un risque sérieux pour le fœtus, c'est-à-dire que dans les deux cas la femme peut avorter, ou que dans le second cas, il puisse être question d'une césarienne ?

5° Une femme enceinte porte une tumeur qui sera cause de dystocie grave, qui empêchera le dégagement par les voies naturelles ; peut-on risquer une opération précoce ou faudra-t-il attendre, et plus tard se voir exposé à une opération plus grave, l'ablation de la tumeur immédiatement avant la délivrance, ou un symphysectomie ou une césarienne ?

E.

Theologie Médicale.

Jeudi soir, le 22 février, monsieur l'abbé Lecoq, donnait à un nombreux auditoire, dans la salle des promotions, à l'université Laval, sa seconde conférence sur la Théologie Médicale. Il a traité d'une façon magistrale le sujet difficile de l'"Avortement".—Il a nettement séparé l'avortement direct de l'avortement indirect. Dans le premier cas, le chirurgien prend les moyens pour produire, de propos délibéré, la mort de fœtus ou sa sortie hors du sein maternel : son intention est directe, il veut débarrasser la femme du produit que contient son utérus. Il y a lieu de distinguer si le fœtus est viable ou non. S'il ne l'est pas, c'est-à-dire, s'il n'a pas six mois et demie, l'avortement est intrinsèquement mauvais et rien ne le justifie. Sur ce point un catholique ne discute plus, car l'Eglise s'est prononcée formellement à plusieurs reprises ; en dernier lieu, en juillet 1895. Dès le premier moment de son existence, dès la formation des noyaux primitifs de l'ovule, dès que celui-ci devient embryon, le nouvel être a droit d'exister, et ni le médecin, ni nul autre n'a le droit de le faire disparaître ; fut-ce pour sauver la mère ! Ces sont deux êtres qui ont un droit égal d'existence—droit qui leur vient de Dieu—et l'un ne peut être sacrifié pour sauver l'autre. C'est formel, n'est-ce pas ? Il n'y a pas à transiger. Donc, quelque malade que soit la mère, si l'enfant n'est pas viable, il ne saurait être question de vider l'utérus, car se serait entraîner la mort certaine du fœtus ; aucune circonstance ne le permet, ni vomissements incoercibles, ni urémie, ni autre.

Quant à la question de l'accouchement prématuré — c'est-à-dire la sortie du fœtus vivant avant terme, mais viable,—le conférencier

y reviendra. Il va de soi qu'il ne peut être question, dans ce cas, — pas plus que dans le premier — de procurer la mort du fœtus.

Dans la seconde partie de sa conférence, le digne et savant théologien, touche à l'avortement *indirect*, c'est-à-dire, le cas dans lequel le médecin, pour rétablir la santé de la mère, administre des médicaments ou se sert de moyens, qui, tout en n'étant pas employés dans le but d'agir sur le fœtus, mais bien pour soulager la mère, peuvent exposer à divers degrés la vie du fœtus. Ici la question devient des plus épineuses : les opinions se partagent, et l'on ne se prononce plus. Le savant conférencier excusera, nous l'espérons, notre franchise, mais nous ne pouvons que regretter qu'il ait passé si rapidement sur cette partie si importante de son sujet. Voilà justement les points qu'il faut éclaircir pour le médecin praticien et surtout pour le spécialiste ; c'est au point de vue opératoire que les difficultés surgissent si souvent. Lorsque l'opérateur honnête et consciencieux se voit en présence de ces difficultés, il hésite. Devra-t-il intervenir, lorsque cette intervention fera courir un *grand* un *très grand* danger au fœtus ? Une myomectomie pour fibromes dégénérés, infectés, pourra-t-elle se pratiquer dans ces circonstances ? pourra-t-on enlever des kystes infectés demandant un travail long et laborieux ? Enfin, il y a une foule de circonstances semblables à celles-ci où une intervention font courir des risques sérieux au fœtus. Que faire ? Se fier à son jugement, à son honnêteté et agir ? Quelle latitude laisse-t-on au chirurgien dans ces cas ? C'est, nous l'avouons, un peu embarrassant, et nous en sommes certains, les médecins aimeraient à voir leur responsabilité plus définie.

Nous sommes reconnaissants des efforts que l'éminent théologien fait pour nous exposer le plus clairement possible les lois de l'Eglise ; et, comme il nous le dit, le médecin peut et doit lui exposer ses embarras ; donc La Revue Médicale, qui a tant à cœur ce sujet, prierait ses lecteurs de lui envoyer leurs objections, leurs difficultés. Nous les publierons avec plaisir, sachant qu'en ce faisant, nous travaillons pour la bonne cause : la médecine, appuyée sur des bases religieuses et catholiques et la protection et la conservation de la femme.

QUESTIONS ET REPONSES

- 17°-1° Comment constater l'absence ou la présence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, par un procédé simple ?
- 2° Quel réactif différencie l'acide chlorhydrique de l'acide lactique ?
- 3° Différence entre le sable provenant de la lithiase biliaire et de celui de la lithiase intestinale ainsi que les procédés pour les distinguer.
- 4° Mixture Lafayette dans le cas de cystite chronique, telle que recommandée dans Practical Medecin ?

Dr. L.

Les étudiants du McGill

A propos des récentes victoires de Buller en Afrique, il s'est passé à Montréal un incident des plus regrettables et des plus disgracieuse.

Un groupe d'étudiants de l'Université McGill, auxquels étaient venus s'adjoindre une bande de désœuvrés et de criards, ont fait, jeudi dernier, une attaque des plus lâches contre l'Université Laval, et cela sans aucune provocation, causant même des dégâts considérable à la bâtisse.

Nous protestons hautement au nom des médecins canadiens-français, contre ces actes indignes d'étudiants appartenant à *la race supérieure*, et nous espérons que ces crises d'hystérie ne se renouveleront plus.

Les canadiens-français sont loyaux, mais après de semblables agressions, leur loyauté pourrait bien devenir une légende.

BIBLIOGRAPHIE

Les Aliénés devant la loi — Etude Médico-légale, par le docteur Georges Villeneuve, professeur adjoint de médecine légale à l'université Laval, à Montréal 1900.

Cette excellente brochure de 130 pages est pour ainsi dire la réunion des articles, que l'auteur a publiés en différents temps dans l'Union Médicale du Canada.

Cet essai sur une question des plus importantes pour le médecin est fait au point de vue canadien, basé sur notre droit. Nous savons que nos confrères seront des plus heureux d'avoir sous la main, comme référence des mieux faites; ce travail méritoire du docteur Villeneuve. Nous ne pouvons que le recommander hautement pour son intérêt scientifique et pratique.

L'ouvrage est en vente chez Déon et Frères, 292, rue Saint-Denis, Montréal.

NOUVELLES.

Le congrès international d'Electrologie et de Radiologie médicales, est rattaché aux Congrès internationaux de 1900. Ce Congrès se tiendra à Paris du 27 Juillet au 1er Août 1900.

M. Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, en est le président.

Les adhésions doivent être envoyées à M. le Dr Montier, 11, Rue de Miromesnil, Paris.

Le Secrétaire Général, est M. le prof. E. Doumer, 57, Rue Nicolas-Leblanc, Lille.

NECROLOGIE

Nous regrettons d'apprendre la mort de monsieur le docteur Chopin, du Sault-au-Récollet, père de notre ami, monsieur le docteur Chopin, de Montréal.

Nos condoléances à la famille.

SOMMAIRE

PAGES

TRAVAUX ORIGINAUX

Coq-à-l'âne médicaux.....	289
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : De la cholecystite calculuse — Etiologie de l'œdème aigu du poumon après la thoracentèse.....	290
CHIRURGIE : La suppression de l'immobilisation — Des adénites pro-coecales.....	291
OBSTÉTRIQUE : Des difficultés de l'extraction du fœtus dans version par manoeuvres internes.....	292
GYNÉCOLOGIE : Opérations pendant la grossesse.....	293
PÉDIATRIE : La nephrite aigue primitive chez l'enfant.....	293
MALADIES NERVEUSES : De l'Aphonie cérébrale (Aphonie dite nerveuse) — Le sulfate de duboisine dans le traitement de la paralysie agitante — Fièvre hystérique.....	294
THÉRAPEUTIQUE : Valeur thérapeutique de la dionine.....	294
REVUE PROFESSIONNELLE.....	295
FORMULAIRE.....	296
THEOLOGIE MÉDICALE.....	296
NOUVELLES.....	296

Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

Les albumoses dans les urines. — MM. Testevin et Annequin signalent une nouvelle réaction qui permet de déceler la présence des albumoses dans les urines. Cette réaction est très marquée dans les états infectieux, dans les cas graves et aigus, et permettrait de dépister une maladie microbienne à la période d'incubation, ou le réveil d'une ancienne infection latente syphilitique ou tuberculeuse. Il faudra cependant de nombreuses expériences pour déterminer la valeur précise du procédé. La réaction s'obtient en versant de l'ether (1/3 du volume) dans un tube renfermant de l'urine fraîche, probablement débarrassé de l'albumine coagulable, (acide acétique, ébullition, filtration). L'ether est versé après refroidissement du tube et on bouche celui-ci ; on secoue et on laisse reposer. S'il existe des albumoses ou des dérivés albuminoïdes, on voit apparaître un coagulum au-dessus de l'urine ; celui-ci ne se produit bien qu'en milieu acide. (*Soc. nat. de méd. de Lyon.*)

Injections hypodermiques. — Elles sont moins douloureuses, si au lieu de se servir d'eau pure, on emploie du sérum artificiel.

La réaction du perchlorure de fer dans l'urine des diabétiques. — Depuis longtemps on sait qu'avec une solution de perchlorure de fer, l'urine dans le coma diabétique produit une coloration rouge, vin de Bordeaux. On met dans un tube à réactif, quatre ou cinq centimètres d'urine et on ajoute, goutte à goutte, une solution à 20% de perchlorure. La goutte, en tombant, laisse derrière elle une traînée due à la précipitation des phosphates. Après l'addition de quelques gouttes, la partie supérieure de l'urine reste trouble et la partie inférieure claire, et, dans l'urine normale, d'une couleur jaune

d'or ; dans l'urine contenant de l'acide diacétique, la coloration est rouge foncé. Il faut se rappeler que les salicylates et certains dérivés de houille donnent cette réaction.

D'après le docteur C. Mitchell (*Hahnemannian Monthly*) on ne pourra espérer aucune amélioration chez les malades qui présentent cette réaction, c'est-à-dire qui ont une diacéturie. — Nous croyons devoir rappeler que la réaction sera plus nette si on ajoute à l'urine fraîche quelques gouttes d'acide sulfurique, puis de l'ether ; après agitation, l'acide diacétique est retenu par l'ether et peut être décelé plus franchement par le perchlorure.

Alimentation forcée pour ceux qui refusent. — Le docteur Newth (*J. Med. Sc.*), signale la méthode suivante, très simple : Le patient est couché ; celui qui administre la nourriture consolide la tête avec son bras gauche, on pince le nez ; on entoure d'un drap les jambes du patient et un assistant de chaque côté, tient le bras et la jambe, évitant toute pression sur le tronc du malade. L'opérateur introduit son doigt en dedans de la joue et tend fortement celle-ci ; il y dépose environ un once de nourriture liquide. Nul besoin de déserrer les dents ; au plus, il suffit de pincer légèrement le nez pour obliger le patient à avaler. (*Médecine.*)

Syphilis. — Panas et son élève Castan, retirent les meilleurs résultats des injections huileuses de biiodure de mercure, 4 millig. par cc. Le chancre disparaît après 6 à 8 piqûres, les plaques muqueuses et les syphilides après 20 piqûres. Il n'y a ni douleurs, ni danger. L'injection se fait aseptiquement dans la fesse, 2cc. tous les deux jours ordinairement. (*Ind. Med.*)

Mucinémie. — La mucinémie, d'après les expériences du docteur Levin, de New-York, serait cet état pathologique d'une économie privée de sa fonction thyroïdienne, car la mucine qui s'accumule ou qui est introduite dans le sang de l'organisme normal produit une certaine action déprimante sur le système nerveux central, — action qui cependant n'est pas fatale ; il n'en est plus de même lorsque cette action porte sur un organisme privé de sa fonction thyroïdienne. Les expériences ont été faites sur des lapins sains et et thyroïdectomisés. (*Med. Record.*)

La coqueluche traitée par la serum anti-diphthéritique. — Le docteur Gilbert, de Genève, (*Rev. med. Suisse rom.*) a obtenu d'excellents résultats, dans neuf cas, avec le sérum. Il n'a jamais dépassé 10cc.

Sclérose rénale et la couleur bleue. — Dans les cas signalés par Gerhardt, les objets bleues paraissaient noirs.

Lithiase rénale traitée par la glycérine. — Hermann aurait eu des effets heureux dans 60% des cas traités. Il administre de un à quatre onces dissous dans autant d'eau, le tout pris en une seule dose entre les repas ; à répéter à deux ou trois reprises dans l'espace de quelques jours. (*Med. Chorn.*)

L'école et la menstruation. — Le docteur Mann, de Buffalo, dit que durant la première année de sa menstruation, la jeune fille ne devra pas fréquenter l'école ; et qu'elle devra être tenue tranquille à la maison pendant chaque époque. Nous sommes entièrement de son avis ; il le faut !

La vessie après la délivrance. — N'employer le catheter que s'il y a absolue nécessité ; on peut attendre douze heures. Pour calmer une irritabilité excessive de l'organe, il suffit de faire une injection d'huile iodoformée stérilisée. (*Koliskher, rom. Medecine.*)

Le gonocoque. — D'après les expériences du docteur Adriani, de Naples, faites avec des cultures provenant d'un nouveau terrain de culture — agar-pepto-glycérine et urine acide — 1° le gonocoque produit des inflammations mais non des suppurations ; — 2° son action est locale et jamais générale ; — 3° ce n'est pas le seul agent spécifique et exclusif de la blennorrhagie 4° lorsqu'on l'injecte dans les tissus, il se produit exclusivement des inflammations. (*Indep. méd.*)

Noyaux des bactéries. — Fineberg rapporte à la Société de médecine interne de Berlin, qu'en mélangeant de l'éosine avec du bleu de méthylène, on réussit à colorer avec une solution concentrée, — les noyaux des microbes en rouge et le protoplasma en bleu. Il existe donc des noyaux.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

De la cholécystite calculieuse

La cholécystite est une affection encore assez mal connue, et fort brièvement décrite dans les classiques. M. Guillemin vient de consacrer à son étude une intéressante monographie.

La *symptomatologie* des calculs biliaires est souvent fruste. Les signes fonctionnels que l'on rencontre le plus fréquemment sont : les troubles digestifs, la douleur dans l'hypocondre droit, enfin des accès plus ou moins bien caractérisés de coliques hépatiques. Parmi ces signes, les plus précoces et les plus constants semblent être les troubles digestifs, variant de la simple épigastralgie à de véritables crises gastriques avec nausées et vomissements, et revenant à époques régulières. La douleur au niveau de l'hypocondre est tantôt sourde, profonde, tantôt aiguë, lancinante, avec des exacerbations qui ressemblent singulièrement à certaines crises de colique hépatique. Rien de particulier dans l'état général du malade, si ce n'est que l'examen des urines permet fréquemment de déceler la présence de la peptone (Bouchard, Alison), ou de la tyrosine (Jeannel), que d'aucuns considèrent comme absolument pathognomonique d'une lésion biliaire.

Mais les signes les plus importants sont fournis par l'examen local : la vésicule du fiel calculieuse se traduit par une tumeur presque toujours perceptible : vient-on à exercer une pression à ce niveau, on détermine une douleur vive, que M. Guillemin compare à celle que provoque la pression au point de Mac Burney dans l'appendicite. La recherche du ballotement sera utile dans le cas où la tumeur n'est que peu appréciable à la vue. Mais, le plus souvent, cette tumeur existe et présente les caractères suivants : à l'inspection, soulèvement de la région de l'hypocondre droit ; absence de phénomènes inflammatoires du côté de la peau. La palpation permet de mieux reconnaître le volume de la tumeur et ses connexions. Le plus généralement la tumeur est mobile, spontanément, et, de

plus, on peut provoquer des mouvements de latéralité et de bas en haut, mais non de haut en bas. A la palpation profonde on sent parfois une sorte de pédicule qui rattache la tumeur au foie. Signe important : ni la palpation, même profonde, ni les mouvements provoqués ne sont réellement douloureux. A la percussion, matité correspondante à la tumeur ; cette matité pouvant d'ailleurs être séparée de la matité hépatique par une zone de sonorité.

Le développement de la tumeur est ordinairement lent, progressif, accompagné de crises de colique hépatique et d'ictère. Cependant, dans quelques cas, l'évolution a été beaucoup plus rapide, sans que l'état général ni même l'état local n'aient paru en souffrir.

Telle est la forme la plus habituelle de cholécystite calculieuse, mais il en est d'autres qu'il faut bien connaître, telle la *cholécystite typhoïde*. On sait que cette affection peut apparaître au cours même, ou pendant la convalescence de la dothiéntérie, et même que, parfois, son développement est encore plus tardif. Mais il ne s'agit certainement pas toujours dans ces cas de cholécystite calculieuse. Les observations de Fauraytier, d'Hagemmüller, de Hanot, de Ramond et Faitout, de Van Dumgern, sont à peu près les seules connues de cholécystite calculieuse d'origine typhique. Le diagnostic, presque impossible à la période fébrile, est moins obscur pendant la convalescence ; dans les lithiases tardives, seul l'examen bactériologique permettra ce diagnostic.

La présence de calculs dans la vésicule amène fatalement, au bout d'un temps variable, la *cholécystite suppurée*. La suppuration d'origine calculieuse est précédée de tous les symptômes que nous avons décrits comme caractéristiques de la présence de calculs biliaires dans la vésicule du fiel. La fièvre annonce souvent la suppuration : tantôt elle affecte la forme intermittente (f. bilio-septique de Chauffard) ; le frisson est violent, suivi du stade de chaleur et de sueurs profuses. L'accès ne dure guère plus de six heures, et peut se reproduire régulièrement ; dans l'intervalle, la température est normale, — tantôt c'est la fièvre hépatalgique de Charcot ; en fin elle affecte parfois le type rémittent ou continu. Les phénomènes de rétention biliaire, de péritonite périhépatique accompagnent l'état fébrile : la maladie se termine constamment par la mort, si l'on n'intervient pas chirurgicalement.

L'ictère est, dans la majorité des cas, dû à l'oblitération des voies biliaires par le calcul. Mais à côté de cet ictère *lithogène*, il faudrait faire une place à l'ictère *inflammatoire* (Liedel), dû à la propagation du processus inflammatoire de la vésicule, par le cystique, jusqu'au foie. Cet ictère est peu intense ; il ne dure que quelques jours, mais peut, exceptionnellement, revêtir la forme d'ictère intense et durable.

Dans les cas précédents, la marche de la cholécystite était essentiellement chronique, et n'arrivait que tardivement à la suppuration : il en est d'autres, au contraire, où, d'emblée, la maladie prend une allure aiguë et revêt l'expression clinique d'une péritonite ou d'une appendicite : ces formes sont très utiles à connaître pour éviter de graves erreurs de diagnostic auxquelles elles donnent forcément lieu sans un examen attentif.

D'autres fois, encore, l'inflammation se propage autour de la vésicule jusqu'à l'épiploon adhérent, et détermine ainsi la production de véritables tumeurs d'épiploite chronique, lesquelles peuvent parfois suppurer, s'ouvrir à la peau, et laisser une fistule par laquelle s'évacuent des calculs biliaires (Deschamps, Hartmann, etc.).

Le diagnostic des vésicules biliaires calculieuses est souvent très difficile et nombreux sont les cas où une vésicule a été prise pour un rein et réciproquement. Comment arriver à ce diagnostic ? Ziemmsen a proposé de distendre le côlon avec de l'acide carbonique introduit en injection rectale : la tumeur est-elle rénale ? elle est repoussée loin, vers la région lombaire. S'il s'agit, au contraire, de la vésicule biliaire, elle est repoussée en avant et en haut. Ce

procédé est parfois infidèle : il en est de même de tous les autres signes différentiels donnés par les auteurs, sauf du ballotement rénal, lequel diffère du ballotement de la vésicule biliaire. " Le premier a son maximum quand on le provoque par une pression exercée dans le triangle costo-vertébral ; le second, quand on exerce le pression dans l'espace costo-iliaque." Le ballotement rénal est lombo-abdominal ; le ballotement des tumeurs biliaires se perçoit bien plus haut, et indépendamment de tout déplacement du rein.

Mais s'agit-il du foie ou d'une tumeur quelconque attendant au foie ? Le phonendoscope permet de résoudre cette question : si la tumeur est distincte du foie, la résonance obtenue par l'examen phonendoscopique est nettement distincte de celle du foie ; si la tumeur appartient bien au foie, la résonance sera la même pour toute la zone du foie. Le même procédé pourra servir à distinguer une tumeur du pylore d'une vésicule biliaire. Enfin la position élevée du bassin pourra faire reconnaître à quelle partie de l'abdomen appartient la tumeur. " Certaines tumeurs nées de la partie supérieure de la cavité abdominale et accidentellement descendues dans le bassin retournent à leur lieu d'origine quand on élève le bassin " (Hartmann).

En somme, la symptomatologie de la cholécystite calculuse est caractérisée par des signes fonctionnels (crises gastriques, douleurs à l'hypocondre droit), et des signes tirés de l'examen local.

Plus rarement, elle se présente sous forme de cholécystite suppurée, d'ictère inflammatoire, de péritonite, d'épiloïte.

La phonendoscopie, le plan incliné et la recherche du ballotement fourniront les meilleurs éléments du diagnostic.

(Gaz. des hôpitaux.)

titue une cause abjuvante. Par suite de la décharge subite de la circulation pulmonaire, le sang coule en plus grande abondance au cœur gauche, qui est alors insuffisant, il existe une disproportion entre le travail du cœur gauche et le travail du cœur droit, d'où l'œdème pulmonaire.

L'œdème pulmonaire se produit alors d'autant plus facilement et plus abondamment qu'il existe en même temps des lésions qui rendent impossible ou insuffisante une mobilisation compensatrice du médiastin. Il faut tenir compte ici de la pleurésie du côté du thorax non ponctionné et de la dilatation énorme du cœur, parfois aussi de la médiastino-péricardite fibreuse. C'est ce qu'a constaté Ortner dans un certain nombre de cas où il a observé l'expectoration albumineuse et l'œdème aigu du poumon après la thoracentèse. De là certains conseils qu'il donne pour cette opération.

Avant de pratiquer la thoracentèse, il faut non seulement évaluer l'énergie fonctionnelle du cœur, mais se demander si le médiastin a conservé sa mobilité. Si l'on trouve, outre la pleurésie à ponctionner, une pleurésie sèche ou avec épanchement du côté opposé, ou une péricardite avec adhérence du cœur, ou si l'on suppose quelque complication pouvant entraver la mobilité du médiastin, on peut admettre que l'œdème aigu du poumon se produira d'autant plus facilement après la thoracentèse. Il faudra alors évacuer le liquide très lentement après avoir donné un traitement tonique pour le cœur, de l'alcool, de la digitale et s'arrêter dans le cas d'immobilisation du médiastin par une pleurésie sitôt que le malade est pris de quinte de toux.

Ortner signale encore certains caractères de l'expectoration dans l'œdème du poumon. Dans un cas l'expectoration renfermait en quantité des spirales de Curschmann ; dans un autre le malade expectorait des moules fibrineux. Ce fait a été observé par d'autres auteurs. La formation de ces moules fibrineux des bronches s'explique par la coagulation du liquide de l'œdème transsudé dans les alvéoles.

(La France méd.)

Étiologie de l'œdème aigu du poumon après la thoracentèse

Par NORBERT ORTNER.

Quoique rares, les accidents graves après la thoracentèse sont encore assez fréquents pour retenir l'attention du médecin. Leur cause anatomique réside soit dans les altérations du cœur ou des vaisseaux pulmonaires, soit dans les lésions de l'encéphale ou dans celles du poumon. L'expectoration albumineuse ou l'œdème aigu du poumon consécutif à la thoracentèse joue ici le rôle le plus considérable. En dehors de la perméabilité anormale des vaisseaux, l'auteur admet comme cause de l'œdème pulmonaire aigu et de l'expectoration albumineuse les lésions du cœur et les lésions pleuro-pulmonaires du côté opposé, principalement aussi l'immobilisation du médiastin, l'absence de déplissement du poumon opposé au côté ponctionné. Cette perte de mobilité du médiastin et du déplissement pulmonaire peut dépendre d'une pleurésie sèche ou exsudative de la plèvre opposée ou d'une dilatation du cœur ou enfin d'une médiastino-péricardite fibreuse. Cette adhérence du cœur au péricarde et la médiastino-péricardite sèche n'ont pas suffisamment attiré l'attention jusqu'à présent.

Ortner signale encore des cas d'œdème pulmonaire aigu qui se sont produits après l'accouchement prématuré artificiel et après une opération abdominale faite dans le but de faire disparaître les effets d'un rétrécissement intestinal et notamment un météorisme énorme. Dans ces cas, le diaphragme a cessé de refouler les poumons et le sang s'est précipité avec trop de violence dans les vaisseaux pulmonaires, par suite d'un affaiblissement des fonctions cardiaques. Lorsqu'après une thoracentèse il se produit un œdème aigu du poumon, il existe d'abord une perméabilité anormale des vaisseaux du poumon comprimé et souvent une insuffisance cardiaque qui cons-

CHIRURGIE

La suppression de l'immobilisation

Par L. CHAMPIONNIÈRE

M. L. Championnière insiste sur la suppression de l'immobilisation dans le traitement des lésions articulaires après les traumatismes (plaie, fractures, opérations) ; dans le traitement des maladies chroniques (tumeurs blanches). Si le repos de l'articulation est utile et indiqué lors des maladies articulaires ; l'immobilisation est aussi pernicieuse pour l'organe malade que pour un organe sain. Elle est un obstacle à une bonne nutrition. La persistance du mouvement est une condition indispensable d'un bon retour aux fonctions. Le mouvement conservé n'a pas besoin de représenter une longue course articulaire mais il doit pouvoir être répété jusqu'à guérison de l'article. M. Championnière l'a démontré d'abord pour les fractures et pour les plaies articulaires. Les fractures articulaires que l'on immobilise encore avec tant de soin (coude, extrémité supérieure et inférieure de l'humérus), guérissent plus vite et mieux sans immobilisation avec des mouvements méthodiques. Les plaies des articulations ont besoin d'une action antiseptique très puissante, mais, celle-ci obtenue, elles guérissent toujours mieux sans immobilisation et permettent la conservation ou le retour rapide des mouvements. Les plaies opératoires des articulations en ont donné les meilleurs preuves et M. Championnière a le premier supprimé l'im-

mobilisation d'une façon absolue après l'opération pour la fracture de rotule et pour toutes les opérations articulaires en général. Même après l'arthrectomie il rétablit les mouvements le plus vite possible sans faire d'application immédiate d'appareil inamovible. Il recherche et obtient la conservation des mouvements là où beaucoup de chirurgiens n'obtiennent que l'ankylose. Après les résections qui doivent être suivies du rétablissement des mouvements, depuis de longues années, il a supprimé les appareils inamovibles (coude, épaule, poignet, petites articulations). La mobilisation très rapide des jointures nouvelles est un point capital pour obtenir des mouvements parfaits. Les inflammations articulaires et surtout les arthrites tuberculeuses n'ont pas davantage besoin de l'immobilisation. L'excès de douleur peut en faire une nécessité. Mais, dans tous les cas dans lesquels cet excès de la douleur ne la commande pas, la conservation d'une certaine dose de mouvements est plus favorable à la réparation que l'immobilisation absolue. M. Championnière peut citer un bon nombre d'observations de tumeurs blanches du genou, de l'articulation du coude, de la tibio-tarsienne qui lui ont donné des guérisons bien persistantes et avec mouvements parfaits. L'application des pointes de feu suivie de l'application d'un emplâtre de Scott modifié, avec ouverture ou injection des foyers à l'iodoforme et au naphthol, forment le traitement sans application d'appareil inamovible et avec une conservation d'une certaine quantité de mouvements, en certains cas avec conservation de la fonction du membre. M. Championnière a eu l'occasion d'agir ainsi en bon nombre de circonstances dans lesquelles l'application de l'appareil inamovible était considérée comme urgente et comme indispensable. La guérison a été obtenue avec une conservation parfaite des mouvements. Parmi les cas les plus remarquables, il peut citer celui d'un enfant qui fit à 5 ans et à 7 ans, une tumeur blanche tibio-tarsienne et qui guérit si bien qu'il a été pris pour le service militaire et l'a accompli sans encombre. Plus près de nous une fillette de cinq ans, âgée aujourd'hui de onze ans, a fait une suppuration du genou, une tumeur blanche des plus menaçantes, et traitée sans immobilisation en rétablissant même la marche très vite, elle présente aujourd'hui un genou absolument souple et solide.

(Le Progrès médical).

Des adenites pro-cœcales

M. G. Marchant rapporte trois observations. Dans ces trois cas, les symptômes avaient fait penser à des suites d'appendicite. Le premier de ces cas faits concerne une jeune Cubaine qui, en 1898, avait eu deux crises d'appendicite. A la fin de la même année, l'auteur vit chez elle une tumeur de la région cœcale, non douloureuse et de la grosseur d'une grosse noix. Il l'a opérée et a trouvé en avant du cœcum, sous le péritoine, près de l'embouchure de l'iléon, une masse formée de 2 ganglions dont l'un paraissait caséux. Cette masse nullement adhérente au cœcum ni à l'appendice, a pu être facilement énucléée. L'examen histologique n'a pas relevé la présence de bacilles tuberculeux. Rien à l'appendice.

Chez une deuxième malade, âgée de vingt-et-un ans, souffrant depuis cinq ans de douleurs dans la fosse iliaque, il y avait eu également deux crises d'appendicite en 1899. En l'opérant, après avoir enlevé l'appendice, l'auteur a rencontré, comme dans le cas précédent, en avant du cœcum, un ganglion prêt à s'ouvrir et adhérent au cœcum, de telle façon qu'on n'a pu l'isoler. Il l'a incisé, gratté et cautérisé, et la guérison, de même que chez la première malade, a été rapide. Là, aussi, on n'a pas trouvé de bacilles tuberculeux et l'appendice n'était pas altéré.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un enfant de 12 ans présentant depuis quelque temps de vives douleurs de ventre avec sensibilité extrême de ses parois et notable amaigrissement. A l'ouverture de l'abdomen, on a noté l'intégrité de l'appendice, mais l'existence de nombreux petits ganglions sur le mésentère et sur l'intestin, formant des plaques qui ont été réséquées ainsi que l'appendice. L'enfant a bien guéri.

Dans ces trois cas, il s'est bien agi d'adénite, probablement d'origine tuberculeuse, sans que l'appendice paraisse devoir être mis en cause.

(Indépendance médicale).

OBSTÉTRIQUE

Des difficultés de l'extraction du fœtus dans version par manœuvres internes.

Par M. MAYGRIER

Nous avons vu les difficultés qu'on pouvait rencontrer dans le premier temps (introduction de la main) et dans le second temps (évolution du fœtus) de la version par manœuvres internes. Le troisième temps consiste, vous le savez, dans l'extraction du fœtus; c'est un accouchement par le siège, avec cette différence que, dans la version, on ne laisse pas les choses se terminer spontanément, mais on fait l'extraction. Quelles sont donc les difficultés particulières à l'extraction par la version podalique ?

C'est d'abord celle du bon pied ou du mauvais pied. On a attaché à cela une grande importance et on a fait de nombreuses descriptions sur ce sujet. Qu'entend-on par le bon pied ? C'est celui qui permet de faire descendre le siège sans difficultés, c'est le pied qui descend en avant, car, en supposant qu'on ait saisi le pied postérieur, la fesse qui est en avant peut s'arc-bouter sur la marge du bassin, s'y accrocher ; très souvent, il suffit de tirer un peu en arrière le pied que l'on tient pour décrocher la fesse antérieure ; mais si l'on échoue, on peut réintroduire la main et défléchir le pied antérieur par la manœuvre de Pinard ; c'est quelquefois difficile. Dans le cas où c'est impossible, suivez le conseil bien simple donné depuis longtemps et sur lequel Tarnier a insisté. Imprimez un grand mouvement de rotation au pied postérieur, et vous transformez ainsi le pied postérieur en pied antérieur.

Nous arrivons au cordon. Il faut faire une anse ; mais on peut avoir affaire à une brièveté du cordon : dans ce cas, faites la section entre deux pinces et terminez rapidement l'accouchement.

Je passe sur les difficultés causées par le tronc, un tronc volumineux par exemple, par le thorax, par les épaules, car ces difficultés sont tout à fait exceptionnelles. Nous sommes arrivés aux épaules ; les bras peuvent se relever, et cela de différentes façons. Ils peuvent se relever en avant, mais ils peuvent aussi se relever en arrière ; quelquefois même, ils sont croisés en arrière, ceci en raison de la souplesse des articulations chez le fœtus. Que faire alors ? Vous avez vu, chez la femme que nous avons opérée devant vous, que ce n'est pas toujours très difficile. On vous dit classiquement et on a raison de vous dire de défléchir d'abord le bras postérieur en relevant le fœtus, la main ayant plus de place pour agir dans la concavité du sacrum. On introduit la main homonyme et on défléchit ce bras postérieur à l'aide de trois doigts, pouce, index et médium, disposés en attelles le long de l'humérus, car, si on introduisait l'autre main, les doigts, tirant dans un sens perpendiculaire à l'axe de l'humérus, pourraient le fracturer, non pas que cette fracture soit une chose grave : il suffit de mettre deux petits cartons, deux

petites cartes de visite ou deux petites attelles et un bandage pour maintenir les fragments, mais il vaudrait mieux pour vous et pour la famille ne pas avoir de fracture. Pour le bras antérieur, c'est la même manœuvre, seulement on peut être serré par la symphyse, et alors le conseil que je vous ai donné pour le mauvais pied est encore applicable. Imprimez un mouvement de rotation au fœtus de manière à ramener en arrière le bras antérieur : vous l'abaissez ainsi facilement. Je vous disais que c'était la règle classique, mais fort heureusement les choses ne se passent pas toujours ainsi. C'est l'épaule antérieure qui descend la première et c'est le bras antérieur qu'on défléchit le premier. Donc tout dépendra des circonstances. Dans les cas où les deux bras sont réellement élevés, suivez la règle classique, mais si les bras ont une tendance à se dégager d'eux-mêmes, prenez celui qui se présente le premier. Qu'arrive-t-il maintenant lorsque les bras sont relevés en arrière ? Et d'abord comment le reconnaîtrez-vous ? Touchez la pointe de l'omoplate, elle est venue jusqu'à la colonne vertébrale. Le dégagement des bras est absolument le même que s'ils étaient relevés en avant ; seulement c'est en arrière que vous le faites. On saisit donc le bras postérieur, mais au lieu de faire passer devant la face du fœtus, au lieu de faire moucher le fœtus, on lui fait passer la main devant l'occiput.

Enfin, on peut avoir des difficultés qui tiennent à la tête, qui tiennent à ce que la tête est arrêtée au détroit supérieur ou dans l'excavation. Il faut laisser le fœtus s'orienter de lui-même et ne tirer que doucement. Lorsque par malheur le dos s'oriente et tourne en arrière, il peut se faire que l'occiput tourne en arrière aussi et on a alors une occipito-sacrée. Dans certains cas ce n'est pas grave, on dégage la tête par la manœuvre de Mauriceau à l'envers ; mais, si la tête est défléchie, si on a trop tiré, la tête est aussi défléchie au détroit supérieur. Comment aller au-dessus de la symphyse, où le menton est arc-bouté, pour défléchir la tête ? On a donné certains conseils dans ce cas : on relève le ventre du fœtus vers le ventre de la mère, le fœtus se fléchit ; Mme Lachapelle passe derrière la tête, la contourne et arrive alors à la bouche. On a conseillé aussi l'application de forceps et le dégagement ventre sur ventre, enfin la basiotripsie. Mais si le bassin est rétréci, d'abord, doit-on encore faire la version dans les bassins viciés et faire cette opération qui paraît si dangereuse à quelques accoucheurs ? Je vous ai dit antérieurement que toutes les opérations sont applicables, tout dépend des indications de chaque opération ; or la version a ses indications spéciales, dans les cas par exemple de bassins moyennement viciés, seulement viciés au détroit supérieur, dans les bassins qui ne sont pas généralement rétrécis. Qu'arrive-t-il ? La tête peut être arrêtée au détroit supérieur.

(à suivre)

GYNECOLOGIE

Opérations pendant la grossesse

(Annals of Gynec and Pediatrics)

Par CH. NOBLE

Relation des cas personnels à l'auteur et au nombre de 12 : cinq ovariectomies, une myomectomie, une hystéromyomectomie, un cas d'appendicite avec abcès, un cas d'obstruction intestinale au cours de la grossesse et un après l'accouchement, enfin, un de fistule anale. Une malade dont l'œuf était déjà mort avant l'opération, a avorté : l'avortement a également suivi la myomectomie, laquelle avait été entreprise sous le faux diagnostic de kyste de l'ovaire. La myo-

mectomie, d'ailleurs, s'est toujours montrée si pernicieuse au point de vue de la persistance de la grossesse, qu'elle n'est justifiée que dans de rares circonstances. Toutes les ovariectomies se sont bien terminées, sans avortement, ce qui est conforme à la pratique générale et justifie l'intervention au lieu de l'expectation avec, lors de l'accouchement, tous ses dangers de dystocie, de rupture, de sphacèle et de péritonite. Dans un cas, le kyste ovarique gauche, était compliqué d'un kyste parovarique droit ; on enleva les annexes gauches, mais le kyste parovarique fut énucléé de manière à laisser en place les annexes du côté droit.

L'étude de ces 12 observations inspire à l'auteur les réflexions suivantes. Toutes les tumeurs ovariennes, reconnues au cours de la grossesse, doivent être enlevées, même à une période avancée. Les moyens de l'opération sont moindres que ceux de l'expectation. Tous les chirurgiens ont été appelés à intervenir, après l'accouchement, pour une tumeur ovarienne rompue ayant provoqué de la péritonite et savent, par ailleurs, quels dangers fait courir une telle tumeur comme agent de dystocie. Si on a temporisé jusque-là, il faut opérer immédiatement après l'accouchement.

Quant aux tumeurs fibreuses, on ne doit pas les enlever par myomectomie, à moins d'indications toutes particulières, à cause de la facilité avec laquelle cette opération provoque l'avortement. Les seuls fibromes justifiant l'exérèse sont ceux qui siègent sur le col ou sur le segment inférieur et qui peuvent être enlevés par le vagin : on choisira les derniers mois de la grossesse et alors que l'accouchement prématuré en résulterait, il n'y aurait pas grand dommage.

Toute maladie caractérisée par un écoulement de pur au travers des voies génitales justifie l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse, car les dangers de l'opération sont moindres que ceux de l'accouchement à travers un conduit souillé de pus.

Pour les opérations de chirurgie générale, en dehors de la zone génitale, l'indication doit être formelle, c'est-à-dire supposer qu'il y a danger pour la vie ou la santé de la malade à temporiser. On a souvent opéré ainsi, pendant la gravidité, sans interrompre celle-ci, et la crainte de l'avortement, provoqué par une intervention sur une partie du corps, est exagérée ; on ne doit pas hésiter dès qu'il y a péril immédiat ou prochain pour la vie, comme dans l'appendicite et le cancer.

Une affection, pour laquelle l'indication demande à être étudiée, ce sont les hémorroïdes ; l'auteur recommande d'en remettre l'excision après l'accouchement, celle-ci pouvant donner lieu à des accidents multiples et variés. Il est des cas cependant où elles sont tellement étranglées qu'elles se sphacèlent et suppurent : or, il est moins dangereux de supprimer un tel foyer d'infection que de laisser l'accouchement se faire à son voisinage immédiat.

L'auteur n'hésite pas à exciser les tumeurs hémorroïdaires, volumineuses et douloureuses, au cours du dernier mois de la grossesse, de manière que la cicatrisation soit complète au moment de l'accouchement.

(La Semaine gynécologique.)

PÉDIATRIE

La néphrite algue primitive chez l'enfant

Par M. JOB.

La néphrite aigüe primitive, occasionnée souvent par le froid, est pour M. Job, dans la majorité des cas, de nature infectieuse. Les micro-organismes, après avoir pénétré par une porte d'entrée, tan-

tôt connue, tantôt passée inaperçue, sont entraînés par le courant sanguin ; leur présence irrite le rein et produit l'inflammation.

Les canalicules et les glomérules sont toujours les premiers, le siège de l'inflammation. Le tissu conjonctif est rarement atteint.

Les symptômes les plus habituels sont les oedèmes, les modifications dans la quantité et la qualité des urines, la fièvre, la céphalée.

Au nombre des complications, il faut citer les hydropisies, l'anurie, les accidents urémiques, les troubles circulatoires et respiratoires.

Le diagnostic de néphrite aiguë repose sur un ensemble de symptômes.

Le pronostic est bénin, la guérison étant la règle et la mort l'exception ; quant à la chronicité, nous ne l'avons jamais constatée. Les symptômes de la maladie et le terrain sur lequel elle évolue sont les éléments à considérer pour établir un pronostic en connaissance de causes.

Le régime lacté et le repos au lit sont de rigueur ; ils forment la base du traitement. Les purgatifs, parfois les diurétiques et les diaphorétiques, sont de grande utilité.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Maladies nerveuses

De l'Aphonie cérébrale (Aphonie dite nerveuse)

Par RIFAUX MARCEL.

Thèse de Lyon, 1899

Il définit l'aphonie "l'impossibilité où se trouve le malade de parler à haute voix tout en pouvant encore articuler les mots. Dans l'aphonie complète, la voix est absolument comparable à celle d'un homme qui parle volontairement à voix basse." Pour l'auteur, toutes les aphonies pures sont fonction de perturbation nerveuse ; aussi propose-t-il le terme d'aphonie cérébrale de préférence à celui trop vague d'aphonie nerveuse. L'élément psychique se retrouve à la base de toutes les aphonies soit infectieuses, soit toxiques, soit réflexes. L'émotion morale est à elle seule suffisante pour créer l'aphonie en dehors de toute tare hystérique. Si le diagnostic s'impose, la simulation peut pourtant le rendre difficile, car l'examen laryngoscopique ne révèle aucune lésion. Avec son maître Garel, Rifaux Marcel admet que toute aphonie complète et à début brusque guérira rapidement, tandis que toute aphonie incomplète sera d'une guérison difficile et récidivera facilement. Bien que de nombreux traitements et notamment la faradisation, aient donné des résultats prompts et persistants, Rifaux Marcel recommande surtout le procédé de Garel ; celui-ci consiste à faire au malade des expirations forcées à la manière d'un soupir, puis à rendre, si c'est possible, l'expiration sonore en ton bas ; pour cela il faut, vers la fin de l'expiration, exercer avec la main une pression brusque sur l'épigastre, l'autre main faisant contre-appui sur le dos, au point diamétralement opposé ; il faut ensuite engager le malade à renforcer volontairement le son produit d'une façon involontaire, le résultat est rapidement acquis. Le malade prononce ensuite les voyelles pendant une série d'expirations brusques, puis les consonnes et les syllables et en une séance on peut obtenir la guérison complète de l'aphonie, ainsi que prouve les nombreuses observations recueillies par l'auteur.

(Rev. neurol.)

Le sulfate de Duboisine dans le traitement de la Paralyse agitante.

Par N. FRANCOTTE.

Réunissant les 4 observations publiées antérieurement par Francotte, à celles qui font l'objet de la présente note, on constate que sur 12 cas traités par la duboisine, il s'est produit 9 fois un effet favorable. L'influence de ce médicament se manifeste surtout sur le tremblement et la raideur, Les modifications favorables obtenues se maintiennent ultérieurement. La duboisine peut être prise sans inconvénient appréciable pendant un temps assez long. Lorsque des phénomènes d'intolérance doivent se manifester, ils apparaissent le plus souvent d'emblée ; ils paraissent plus fréquents lorsque la duboisine reste inefficace contre la paralysie agitante, — dose 3 à 6 granules d'un demi-milligramme de sulfate de duboisine.

Les essais comparatifs faits par Francotte à l'aide de l'hyosciamine (Charcot) ne permettent pas à l'auteur d'attribuer à ce dernier médicament une supériorité sur la duboisine.

(Jour. de neurologie — Rev. neurol.)

Fièvre hystérique.

Par CARLOS ILLANES.

Les températures d'une élévation insolite ont été assez rarement observées (Wunderlich 44°, 7, Hirtz 44°, 6, Teale 50°) ; Illanes rapporte un cas où la température se maintint plusieurs jours au-dessus de 42, 43° et qui s'éleva momentanément à 44, 45, 46, 47, deux fois même à 49°. Les prodromes et les symptômes de la maladie faisaient penser à une infection ; différents médecins firent, sans grande conviction d'ailleurs, les diagnostics de typhus exanthématique, méningite, fièvre typhoïde. Il est difficile de concevoir la possibilité d'une relation entre une infection, quelle qu'elle soit, et des températures aussi élevées ; c'est l'organisme même de la malade qui est responsable, et le diagnostic d'hystérie est justifié : par les antécédents neuropathiques familiaux de la malade, par l'anesthésie de ses conjonctives et de son pharynx, par son tempérament facilement excitable ou dépressible, par son impressionnabilité ; enfin, avec des températures de 42 et 43 elle avait toute son intelligence et prenait part aux conversations comme si la fièvre n'avait pas existé ; après cette longue période d'hyperpyrexie (20 juin 3 juillet) elle entra, avec une température normale, franchement en convalescence.

(Revista medica de chili. — Rev. neurol.)

THERAPEUTIQUE

Valeur thérapeutique de la dionine

D'après M. le Dr PAUL HEIM (de Vienne)

Dans ces derniers temps on a cherché de différents côtés à substituer à la morphine certains de ces dérivés qui tout en ayant les propriétés thérapeutiques n'en présentent pas les inconvénients.

C'est ainsi qu'on a préconisé tour à tour l'héroïne, la péronine, la dionine.

La dionine, est un chlorhydrate d'éthyl-morphine. Elle se présente sous forme d'une poudre blanche facilement soluble dans l'eau (14 : 100), d'un goût légèrement amer. Très soluble dans l'alcool (73 : 100), la dionine serait insoluble dans l'éther et le chloroforme.

Sa valeur thérapeutique a été étudiée de différents côtés. Schröder et Higier ont noté son action efficace contre la toux des phtisiques. Bloch d'autre part a étudié ses propriétés analgésiques. Ranschoff l'a administrée dans les psychoses comme sédatif; Fromme et Heinrich l'ont substituée avec succès à la morphine dans le traitement du morphinisme chronique.

La dose moyenne dans tous ces cas fut de 0 gr. 02 à 03. par jour; cependant on a pu donner sans effets toxiques jusqu'à 10 ou 12 centigrammes. En particulier la toux est calmée sans que l'expectoration soit enrayée; il n'y a pas de constipation.

M. le Dr Heim à son tour a étudié cliniquement les propriétés de la dionine, et c'est le résultat de son observation que nous résumons ici.

M. le Dr Heim a donné la dionine sous forme de poudre à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 03 par jour, en formulant ainsi :

Dionine..... 0 gr. 30
Bicarbonat de soude..... 5 gr.

M. P. Diviser en 10 paquets; ou bien encore :

Dionine..... 0 gr. 20
Eau de laurier-cerise..... 10 gr.

15 gouttes à prendre 2 et 4 fois par jour.

En outre, dans différents cas où il était indiqué de recourir à d'autres médications, la dionine fut mélangée à certaines substances, telles qu'au strophanthus dans les affections cardiaques, au bismuth dans les affections gastriques :

Dionine..... 0 gr. 15
Sous-nitrate de bismuth..... 5 gr.

M. P. Pour 10 doses, 4 et 5 par jour.

Parfois enfin la dionine fut donnée en suppositoires :

Dionine..... 0 gr. 10
Beurre de cacao..... q. s.

Pour 5 suppositoires.

L'action de la dionine se fait sentir environ 15 à 30 minutes après son absorption; il se produit dès ce moment une sédation manifeste de la douleur qui dure de 2 à 4 heures. En même temps le malade éprouve une véritable sensation de bien-être.

L'action de la dionine sur la toux se produit avec la même rapidité et dure souvent plus longtemps. Les malades dans un grand nombre de cas disent qu'à la suite ils purent expectorer sans douleur une grande quantité de crachats.

La valeur de la dionine comme hypnotique est très remarquable. Dans diverses névralgies, dans les inflammations péritonéales, dans les différentes sortes de coliques, le succès a été éclatant et le sommeil est venu, alors que les autres agents hypnotiques, trional, sulfonal, chloral, avaient échoué.

Une bonne préparation consiste à associer la dionine au bromure de sodium. Contre les névralgies, les douleurs violentes, la dionine associée à la phénacétine s'est montrée très active.

En résumé, la dionine est une substance qui mérite d'entrer dans la pratique courante; son action est intermédiaire à celle de la codéine et de la morphine. C'est à la fois un analgésique, un hypnotique et un sédatif.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

REVUE PROFESSIONNELLE

St-Jean, P. Q. 12 février, 1900.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez à un de vos abonnés de se servir des colonnes de votre intéressant journal, pour faire part à ses confrères d'un projet, émis à la dernière assemblée des Gouverneurs du "Bureau des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec," à Québec en septembre dernier.

Après avoir eu procès politiques, où j'ai été tantôt vainqueur tantôt vaincu, l'idée m'est venue, lorsque je payai mes avocats, d'établir un tarif médical.

Et plus j'y réfléchis, plus il me semble que cette idée est bonne. Voyez, j'ai payé, sans trop me plaindre, sans récriminer beaucoup, sans même, je dois le dire, trouver des arguments bien forts en ma faveur, des mémoires de frais bien cossus. Essayer de montrer les "grosses dents" out été inutile; on m'aurait répondu que c'est le tarif. Et, devant ce mot magique, plaideurs, dé lions les cordons de notre bourse, et payons!

Alors, je me demande pourquoi il ne serait pas possible à la profession médicale d'avoir, elle aussi, un tarif? Serons-nous éternellement obligés de quêter les services de nos confrères, en cas de difficultés légales? Serons-nous toujours obligés d'aller frapper à la porte de nos voisins les plus éloignés? (Car il est malheureusement de règle qu'on est en froid avec ses confrères trop rapprochés!) Ne pourrions-nous pas faire un tarif, comme les avocats en ont un? (moins exorbitant serait mieux.....) qui guérirait d'un coup la plaie hideuse du rabais, éloignerait des confrères la tâche souverainement désagréable d'être appelés dans la boîte aux témoins, pour déclarer que les honoraires demandés sont justes, et donnerait aux médecins la certitude d'être payés sans recourir à la justice, et aux patients celle de ne pas être surchargés.

Comme nous avons à donner nos soins aux riches et aux pauvres, il serait de toute justice que nous eussions un tarif *maximum* et un tarif *minimum*. Le journalier et l'artisan ne peuvent pas et ne doivent pas payer autant que le riche négociant. Il serait entendu qu'aucun médecin ne devrait charger moins que le tarif *minimum*. Pour cela, on fixerait un tarif *minimum* à la portée de toutes les bourses. Quant au tarif *maximum*, il devrait être basé sur les moyens de la généralité des gens réputés "à l'aise". Si les confrères pratiquant au milieu des millionnaires ne trouvent pas ce tarif *maximum* assez élevé, que n'ont-ils des retenues, comme les avocats en ont, par exemple? C'est chose facile.

Si, une bonne fois, nous arrivions à nous entendre et comprendre qu'il est ridicule de pratiquer, sans une rémunération suffisante, celle de toutes les professions libérales qui demande les plus grands sacrifices d'argent, et dont l'étude seule, sans compter les instruments de chirurgie ni les médicaments, exige que chaque étudiant se saigne d'une petite fortune bien rondelette! N'avez-vous pas remarqué que tous ceux à qui vous avez donné vos soins pour un prix dérisoire, vous ont, à de très rares exceptions près, tourné le dos, pour aller demander à un autre confrère des traitements qu'on leur a fait grassement payer?

On m'objectera peut-être que les avocats ont un tarif uniforme et que les médecins, eux aussi devraient n'avoir qu'un tarif. A cela répons que je m'explique pourquoi MM. les avocats ont un tarif uniforme. C'est qu'en général ils ont à traiter avec des personnes dont les intérêts en litige sont plus ou moins considérables mais toujours suffisants pour répondre à leurs exigences. Mais pour nous il s'agit de questions de santé, de vie ou de mort. Quel que soit celui qui nous appelle à son secours, riche, pauvre, mendiant ou sei-

gneur, nous y volons, sans savoir comment ni par qui nos services seront récompensés !

Voici mon projet, dans les grandes lignes. J'espère que les confrères qui s'intéressent aux succès de notre belle profession voudront bien, soit par la voie des journaux de médecine, soit autrement, me dire ce qu'ils en pensent.

Tandis que je suis à dire ce que je pense de notre profession, je vais toucher un autre sujet. Il paraît que, durant le cours de la présente session de notre législature provinciale, on doit présenter un Bill, à l'effet de régulariser les irréguliers, qui pratiquent la médecine. Si tel est le cas, je crois qu'il vaudrait autant ouvrir les portes de la profession toutes grandes et y laisser entrer qui voudra. Le mieux serait peut-être de prier le gouvernement de laisser la loi suivre son cours, sans intervenir.

Un dernier mot, M. le Rédacteur. J'ignore si vous avez à souffrir de vos pharmaciens. En tous cas, je vous assure qu'ici, ils soignent et prescrivent plus que tous les médecins ensemble.

Ne serait-il pas grandement temps d'y mettre un "stop" ? S'ils ne veulent pas se contenter de vendre leur drogues et de remplir les prescriptions, ne croyez-vous pas qu'il serait justifiable que tous les médecins s'imposassent la tâche de préparer leurs prescriptions eux-mêmes ?

Le tout humblement soumis à la considération de la profession médicale.

Je demeure, Monsieur le Rédacteur,

Votre dévoué,

E. N. CHEVALIER, M. D.

FORMULAIRE

Formulaire des sels strontium

(BARDET.)

Le bromure de l'iode et strontium se prescrivent de la même manière que les mêmes sels de potassium ou de sodium, mais avec cette différence qu'on peut sans crainte élever les doses avec les sels de strontium. C'est ainsi que l'on peut donner de deux à quatre drachmes de bromure sans arriver, comme avec le bromure de potassium, à de l'intolérance gastrique.

Sirup de bromure de strontium.

Sirup d'oranges douces..... 5 onces

" " amères..... 5 "

Bromure de de strontium pur..... 1 "

Chaque cuillerée à café renferme 15 grains de bromure.

Solution d'iode de strontium.

Eau distillée..... 10 onces

Iode de strontium pur..... 5 drachmes

Chaque cuillerée à bouche renferme 15 grains d'iode.

Le lactate de strontium s'administre en solution ou en potion à la dose d'une cuillerée à thé à une cuillerée à dessert par jour ; le nitrate se prescrit dans le rhumatisme articulaire. Voici la formule de C. Paul :

Solution de lactate de strontium.

Lactate de strontium pur..... 1 once 5 drach.

Eau distillée..... 8 "

Chaque cuillerée à bouche renferme 45 grains de lactate.

La dose de nitrate peut être portée à 14 drachmes et plus par jour.

(J. de méd. de Paris.)

Les étudiants de Laval

Nous félicitons nos jeunes amis, les étudiants de Laval, pour la conduite noble et courageuse qu'ils ont tenue, en prenant une ferme décision de ne pas parader avec les étudiants du McGill, dans les rangs d'une procession d'ultra-loyaux.

Nous sommes sujets britanniques et nous sommes contents de notre sort, mais il ne nous sied pas, à nous canadiens-français, de faire parade d'un patriotisme exalté, d'un enthousiasme délirant, pour une guerre qui ne nous regarde pas, et qui, après tout, fera la fortune de l'Angleterre, et non pas celle de ses colonies, si les Boers sont vaincus.

Respectons la joie facile de nos concitoyens les Anglais, mais nous, ne nous emballons pas.

Theologie Medicale.

Jeudi dernier, le 8 mars, M. l'abbé Lecoq, a continué la série de ses conférences sur la théologie médicale.

Avec cette éloquence persuasive et cette logique savante que nous admirons tous chez lui, il a exposé habilement le caractère anti-chrétien de ces opérations, qui portent le nom d'embryotomie, de céphalotripsie, de craniotomie et qui ont pour but de sacrifier l'enfant vivant, dans les cas de rétrécissement du bassin chez la mère.

Avec une grande énergie, il a condamné ces pratiques immorales, et, à l'appui de sa thèse, il a apporté le témoignage, non pas seulement d'anciens théologiens et de médecins de l'antiquité, mais de ceux de nos jours, entre autres de M. Pinard, professeur à l'École de médecine de Paris.

Par suite de nos connaissances actuelles sur l'antiseptie, nous pouvons, dans ces cas extrêmes, avoir recours à l'opération césarienne ou à la symphyséotomie ; ces deux dernières opérations produisent une statistique des plus encourageantes, et comme le désire ardemment Pinard, nous abandonnerons à la longue ces opérations contraires à la morale chrétienne, pour ne recourir qu'à celles qui peuvent à la fois sauver la mère et l'enfant.

NOUVELLES.

Il est rumeur " *l'Union Médicale* " va changer de propriétaire et sera rédigé dorénavant, par un groupe de jeunes médecins dont les noms sont bien connus dans le monde universitaire.

Il paraît aussi que le même sort est réservé à " *La Clinique* "

M. Champetier de Ribes est nommé membre titulaire de la section d'accouchements à l'Académie de médecine, en remplacement de M. Charpentier, décédé.

Il était rumeur que, " *The New Orleans Polyclinic*," était fermé par suite de la présence de la variole à la Nouvelle-Orléans. Il n'en est rien.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Kyste du mesentere-Hematome de la trompe droite — Diptérie.....	297
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : La tuberculose des capsules surrénales	299
CHIRURGIE : L'étiologie de la cystite infectieuse — De la phlébite variqueuse et en particulier de son influence sur les varices.....	300
OBSTÉTRIQUE : Des difficultés de l'extraction du fœtus dans version par manoeuvres internes.....	300
GYNÉCOLOGIE : Péritonite diffuse aiguë à gonocoque	301
MALADIES NERVEUSES : Troubles oculaires dans l'hystérie	301
THÉRAPEUTIQUE : Traitement de la néphrite scarlatineuse.....	302
REVUE PROFESSIONNELLE.....	302
FORMULAIRE.....	304
QUESTIONS ET REPONSES.....	304
BIBLIOGRAPHIE.....	304
NECROLOGIE.....	304
NOUVELLES.....	304

Travaux Originaux

Kyste du mesentere-Hematome de la trompe droite.

Clinique du docteur BRENNAN,

Professeur adjoint de l'université Laval, gynécologue de l'hôpital Notre-Dame, etc.

(Leçon recueillie par le docteur E. Garceau, interne de gynécologie.)

Voici, messieurs, couchée au No. 49, de sa salle Ste-Marie, une jeune patiente, admise le 5 mars, que nous avons opérée hier et dont l'histoire va nous fournir l'occasion de vous donner plusieurs renseignements utiles et pratiques, car la petite malade est des plus intéressantes à plus d'un point de vue médical. Elle est âgée de 27 ans, mariée et ayant joui d'une bonne santé jusqu'à son premier et unique accouchement, il y a six ans. Cet accouchement a été normal comme présentation et comme délivrance ; mais une couple de semaines après, elle a été prise d'inflammation pelvienne et elle a toujours souffert depuis dans son côté droit, à la région annexielle. Vers la fin de sa grossesse, elle a eu un écoulement suspect vaginal.

L'enfant qui était bien portant, est mort du croup à 4 ans : quelques jours après la délivrance, l'enfant a eu une ophtalmie purulente très légère.

Cette douleur dans le côté droit est toujours fixe, avec irradiations dans la cuisse correspondante ; elle est intermittente et aggravée par les menstrues. Depuis trois mois les douleurs sont plus prononcées, plus tenaces. La patiente ne reconnaît aucune cause pour cette aggravation ; aucun traumatisme, aucune douleur subite, aucune hémorrhagie. En interrogeant les systèmes digestif, urinaire, circulatoire, pulmonaire, nerveux, nous n'obtenons rien qui soit anormal. Les antécédents héréditaires n'offrent aucune particularité intéressante.

Voilà son histoire. — A l'examen, nous trouvons une gouttelette de pus au méat urinaire, dans les glandes de Skène. Le col est gros, guère ramolli ; il y a de l'endocervite et une lacération bilatérale simple.

L'utérus est dévié à gauche et mobile en tous sens, tant soit peu augmenté de volume, de consistance normale, nullement sensible au palper. A gauche, un ovaire qui semble normal. A droite est la lésion principale : — nous constatons facilement et nettement une trompe très dilatée, assez dure, avec quelques points plus élastiques plus rénitents.

Cette trompe pleine, douloureuse, moniliforme en contourant l'ovaire, que l'on ressent plus dur et plus douloureux en dessous d'elle, plonge derrière le ligament large et y est fixée.

Les données étant si précises, nous diagnostiquons une annexite avec trompe très grossie, à parois épaisses, contenant probablement du pus. L'histoire — infection post-puerpérale localisée au bassin, l'écoulement suspect à la fin de la grossesse, l'ophtalmie de l'enfant, le pus au méat, l'endométrite — tout, enfin, devait nous conduire à cette conclusion logique. Cette femme n'avait pas eu de frissons, ni de pyrexie.

Et d'ailleurs dans les collections purulentes bien enkystées — trompe, ligaments etc. — du bassin, il arrive souvent — peut être le plus souvent — que ces deux symptômes manquent complètement ; exemple cette petite malade que vous voyez là, au No. 51, que nous avons opérée ces jours-ci pour un abcès intraligamentaire gauche considérable, il est sorti, par la *colpotomie antérieure latéralisée* que nous avons pratiquée, 7 ou 8 onces de beau pus, et cependant la patiente n'a pas eu de fièvre, ni de frissons, ni de rapidité excessive du pouls.

Donc, le diagnostic de salpingite ordinaire, banale, probablement gonorrhéale, s'imposait. Et à l'ouverture du ventre, qu'avons-nous trouvé ? — Une surprise ! Nous avons affaire à une hématome de la trompe droite, hématome double — deux volumineux caillots dilataient l'organe, qui atteint de périsalpingite, capuchonnait l'ovaire, enveloppé d'adhérences. De plus, cette trompe offrait une petite perforation par laquelle il s'était échappé un peu de sang que nous trouvons sur l'intestin à l'ouverture du ventre. Il était donc temps d'intervenir. Nul besoin de décrire la technique opératoire.

Comme déduction pratique de cette première partie de l'histoire de notre intéressante petite malade, nous vous répétons, les indications sur lesquelles nous insistons si souvent : — 1° Lorsque vous avez affaire à une grosse trompe, bien dilatée, rénitente ou non — surtout et principalement lorsque la lésion est unilatérale — quelle que soit l'histoire de la maladie ou votre habileté comme diagnostiqueur, vous pouvez vous tromper sur la nature précise de la lésion, car le diagnostic est souvent impossible à faire. 2° Dans tous les cas, vous devez opérer le plus tôt possible, quel que soit votre diagnostic. 3° Il y a toujours danger de rupture d'infection ; (avez-vous affaire à une hémato-salpinx, à une pyosalpinx ou à une hydrosalpinx.) 4° Vous ne pouvez pas toujours éliminer une tumeur fibreuse ou autre, et en patientant vous ferez encourir à votre patiente des dangers sérieux, quelquefois mortels ; car la rupture de la trompe est souvent insidieuse, quelquefois foudroyante. 5° Défiiez-vous de toute lésion annexielle

unilatérale la moins volumineuse ; n'oubliez pas l'hématome, — la grosse tubaire — et de ses conséquences graves. 6° mettez ces malades au repos absolu ; faites souvent des examens minutieux mais prudents ; surveillez les caractères de la douleur, de ses exacerbations, et comparez ces crises et ces intervalles de repos avec l'augmentation de volume ou la rétraction de la masse. Rappelez-vous que dans l'hématome la crise douloureuse correspond souvent à un nouvel épanchement dans la trompe et alors la tumeur augmente de volume : le repos accompagne une résorption partielle du caillot et une rétraction de la masse. Ces signes quand ils existent sont pathognomoniques, ne nous ont jamais trompés, et exigent une intervention immédiate.

Voilà pour une première partie de l'histoire de notre patiente, mais ce n'est pas tout ; elle présentait, notre petite femme, une autre lésion des plus intéressantes, absolument indépendante de celle dont nous venons de vous entretenir. Dans la région ombilicale, à gauche de la ligne médiane et en haut de l'ombilic, elle avait une tumeur intra-abdominale de la grosseur d'une petite orange. Elle portait cette tumeur depuis deux ans ; n'en avait pas ressenti de malaise et la petite boule était tellement mobile et indolore qu'elle se plaisait à la déplacer dans tous les sens. La tumeur avait peu grossi depuis le moment où elle s'en était aperçue pour la première fois. La malade couchée sur le dos, à un léger palper cette tumeur fuyait sous le doigt et disparaissait le long de la colonne, à gauche, sous l'estomac ; pour la faire réapparaître, la petite patiente se mettait sur son séant et avec un petit effort, la faisait revenir aussitôt dans la région ombilicale.

La tumeur était ovoïde, absolument lisse, sans encoche ni bosselure et d'une mobilité extrême, pouvant être proménée à deux travers de doigts en bas de l'ombilic et à droite jusque près de la région de la vésicule biliaire. Absolument indolore à la pression ; aucune rémittence ou fluctuation ; une certaine fermeté, mais non pas une dureté de bois, ne laissant pas l'empreinte du doigt (beurre dense). Mate à la percussion : quelquefois une anse intestinale venait se placer entre elle et la paroi, mais généralement elle paraissait immédiatement sous la paroi. Il n'y a jamais eu aucun désordre intestinal ni gastrique rapportable à la tumeur. Aucune réaction constitutionnelle ; aucune histoire de syphilis ; la patiente n'est pas tuberculeuse.

Avec ces renseignements, il était assez facile de diagnostiquer une tumeur du mésentère et sa nature bénigne. Quant à sa structure histologique, il était un peu difficile d'opter avec certitude entre un fibrome ou un kyste à contenu presque solide.

La trompe malade enlevée, nous allons à la recherche de la petite tumeur, que nous retrouvons refoulé sous l'estomac. Nous reconnaissons alors un kyste et en voulant décortiquer, il s'échappe de la matière sébacée épaisse, et un liquide huileux, sans cheveux ni autres produits épithéliaux organisés.

La membrane enveloppante était très mince et assez friable, n'ayant pas le caractère bien fibreux, se déchirant facilement. La tumeur originait nettement entre les deux feuillets du mésentère et était absolument indépendant de tout organe voisin, intestin ou autre ; elle siégeait au commencement du jéjunum.

Un mot sur la technique opératoire, que nous tenons à signaler. Nous avons enlevé presque la totalité de la membrane kystique ; et les petits foyers trop adhérents furent énergiquement grattés au scalpel. L'incision pratiquée pour énucléer la tumeur a été faite linéaire, sur le sommet libre de la masse ; là, il y avait moins de vascularisation ; une autre raison qui nous a porté à faire cette incision linéaire et non circulaire ou elliptique, c'est que nous voulions conserver le plus possible de tissu mésentérique enveloppant, afin d'en avoir assez et de tailler à notre goût lors de la suture finale de la poche vidée. L'intérieur de la cavité fut bien épongée et badi-geonnée avec une solution phéniquée, puis nous avons déposé, à l'intérieur, une suture en bourse, profonde, au catgut ; puis un surjet, avec la même substance, par-dessus le premier plan. Nous étions ainsi certains d'éviter l'hémorragie à l'intérieur du sac et, par là, la formation d'un hématome. Nous avons ensuite taillé une collerette aux dépens de l'enveloppe de la tumeur et nous avons adossé deux surfaces sereuses, en repliant en dedans les bords de cette collerette. Ces surfaces furent maintenues en contact par deux étages de sutures au surjet de Lambert, à la fine soie. Nous avons fermé le ventre sans drainage. Nous avons la conviction que tout ira bien.

Ici l'excessive mobilité, l'origine à gauche de la colonne, la disparition de la tumeur sur le plan incliné (signe de Hartmann) vers la gauche, sous l'estomac, rendaient le diagnostic assez facile : la tumeur étant petite, très mobile, et le pédicule assez extensible, permettait d'amener la masse immédiatement sous la paroi abdominale, en écartant le petit intestin ; alors la sonorité entre la tumeur et la paroi perdait un peu de sa valeur, comme élément de diagnostic différentiel.

Pour décider l'opportunité d'une intervention il faut se rappeler qu'aussitôt une tumeur mésentérique diagnostiquée ou soupçonnée, il faut intervenir, car c'est dans une opération précoce que résident les chances de guérison, parce que toutes les tumeurs mésentériques sont dangereuses, par le fait de leur siège, sinon par leur nature. A bonne heure on peut espérer une extirpation complète, radicale, avec espoir de guérison définitive — comme dans le cas actuel. — Plus tard, dans les tumeurs demi-solides ou liquides, on ne peut s'adresser qu'à la marsupialisation — qui m'a parfaitement réussi dans un très gros kyste séreux mésentérique, la guérison s'était faite sans entraves et la malade étant bien depuis son opération il y a 4 ans.

La tumeur est-elle grosse et solide (fibreuse, lipomateuse), comme elle ne peut être enlevée que par l'extirpation, celle-ci devient excessivement dangereuse par les difficultés opératoires, les adhérences, l'infection, la gangrène, l'hémorragie, l'asthénie.

Donc, opérez toute tumeur mésentérique le plus à bonne heure possible.

DIPHTÉRIE

(Suite)

RECHERCHE

L'examen bactériologique des fausses membranes diphtéritiques est peu compliqué et, pour ainsi dire, à la portée de tous.

Le praticien, appelé auprès d'un cas de diphtérie, peut recourir d'abord à l'examen microscopique d'une parcelle des fausses membranes, ou mieux à l'ensemencement de cet exsudat sur du serum solidifié. Le premier procédé, quoique pratique, ne donne pas un résultat définitif et laisse toujours un certain doute dans l'esprit du médecin désireux d'établir un diagnostic certain. L'ensemencement sur serum, suivi de l'examen microscopique, étudiant ainsi, une à une, les différentes colonies de bactéries qui peuvent se développer sur ce milieu de culture, procurera beaucoup plus de satisfaction et, de plus, nous révélera le nombre et la qualité des associations microbiennes qui seraient venues augmenter la virulence du bacille de Klebs-Lœffler.

(a) *Examee microscopique.*

Avec ce procédé, il suffit de recueillir, avec un fil de platine stérilisé à la flamme, une parcelle de la fausse membrane et d'en faire un frottis sur lame. Quand cette couche mince aura été séchée à une douce chaleur, on colorera cette pièce avec le bleu de Roux (1) ou le bleu de Lœffler, ou encore avec le violet de gentiane. On laissera l'imprégnation se faire pendant une ou deux minutes, puis on lavera la lame à grande eau. Quand la pièce à examiner sera séchée, on y mettra une ou deux gouttes d'huile de sèdre, et on le portera sur le champ du microscope.

(b) *Ensemencement*

Le médecin se procurera deux tubes de serum coagulé et un fil de platine ou simplement une broche à tricoter. En tenant un tube entre le pouce et l'index de la main gauche, et le fil ou la broche, qui auront été préalablement stérilisés à la flamme d'une lampe à alcool ou d'une bougie, entre le pouce et l'index de la main droite, il enlèvera le bouchon du tube avec le medius et l'annulaire de la main droite, et pratiquera sur le serum, avec le fil, ou la broche qui auront été portés sur les fausses membranes, des stries parallèles. Il rebouchera hermétiquement le tube, qu'il aura eu soin de tenir un peu penché pendant l'opération, et procédera de la même manière à l'ensemencement du second tube, sans recharger le fil ou la broche. Les deux tubes seront ensuite portés à l'étuve sous une température n'excédant pas 37° C.

Le bureau de santé de Montréal fournit aux médecins un tube renfermant un tampon d'ouate stérilisée, lequel tampon est maintenu à tige métallique. Avec cette ouate, le médecin recueille une parcelle de la fausse membrane, et après avoir fermé hermétiquement le tube, il envoie le tout au laboratoire municipal pour y être examiné.

Ce procédé est très pratique et donne des résultats des plus satisfaisants, mais l'emploi des deux tubes de serum solidifié est plus avantageux en ce sens qu'il permet de faire l'ensemencement de la fausse membrane au moment même de sa prise, et un auteur allemand, Glucksmann, insiste fortement sur ce détail.

(1)	A	Violet de anila.....	1 gramme.
		Alcool à 90°.....	10 "
		Eau distillée bouillie.....	90 "
B	B	Vert de méthyle.....	1 gramme.
		Alcool à 90°.....	10 "
		Eau distillée bouillie.....	90 "

Pour coloration, on prend un tiers de la solution A et un tiers de la solution B. Répandre quelques gouttes de cette substance sur la lame et laver celle-ci à grande eau qu'au bout d'une minute.

Les deux tubes de serum, après avoir été placés à l'étuve, maintenue à une température de 37° C pourront être soumis à l'examen microscopique à peu près vingt à vingt-quatre heures après ; la bacille de Lœffler se développe abondamment, sous une température de 35° à 37° C même après dix huit heures ; à 42° C., le développement de la culture s'arrête.

A l'examen microscopique, les colonies du bacille diphtérique sont très reconnaissables à leur couleur blanc grisâtre, à leur forme arrondie, et à leur centre opaque. Pour l'examen microscopique, il suffira de transporter sur une lame, à l'aide d'un fil de platine stérilisé, une parcelle de la colonie et l'on colorera la pièce suivant le procédé que nous avons précédemment décrit.

Pour obtenir des cultures pures, il suffit de recueillir avec le fil de platine un fragment de la colonie et de le diluer dans du bouillon stérilisé. Avec une goutte de ce dernier milieu de culture on ensemencera un ou deux tubes de serum, qu'on placera à l'étuve, à une température de 37° C. Après 14 heures, les bacilles de Lœffler apparaissent en grande quantité.

La fausse membrane peut être ensemencée sur gélose, mais ce milieu de culture prête à de nombreuses erreurs, car d'autres microbes s'y développent en même temps que le bacille diphtérique. Celui-ci y apparaît sous forme de petites taches blanches ; l'examen des colonies ne doit se faire qu'après 48 heures.

Sur bouillon, l'agent pathogène de la diphtérie forme des grumeaux blanchâtres qui s'attachent aux parois du tube ou qui tombent au fond. Le bouillon s'acidule d'abord, et rédevient alcalin. Sur gélatine, le bacille forme des colonies sphériques.

L'ensemencement, suivi de l'examen microscopique des colonies, une à une, est le seul moyen qui permet de différencier avec la plus grande certitude les fausses membranes diphtériques de celles qui sont produites par divers agents microbiens, tels que le staphylocoque, le streptocoque, le coccus Brison, le pneumocoque, etc.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

La tuberculose des capsules surrénales.

Par BOUVIER (de Montpellier).

La tuberculose est l'affection qui atteint le plus souvent les capsules surrénales ; dans la plupart des cas, elle est bilatérale. Cliniquement, cette tuberculose se manifeste par le syndrome Addisonien, avec ses caractères habituels. De tous les symptômes, le plus fréquent et le plus pathognomonique c'est l'asthénie. La mélanodermie est un signe incertain et trompeur. Sa pathogénie est mal connue et implique de nouvelles recherches. Toutefois, quand il y a tuberculose des capsules sans mélanodermie, on peut admettre : 1° que la maladie a évolué rapidement ; 2° que le tissu capsulaire n'a pas été détruit complètement ; 3° qu'une des capsules est saine. L'évolution de la maladie est le plus souvent fatale. La

mort subite vient parfois terminer l'affection, il semble qu'il faille incriminer l'insuffisance capsulaire. Les formes primitives sont fréquentes et ne s'accompagnent pas nécessairement d'autres localisations tuberculeuses. Dans les formes compliquées, il est difficile de se rendre compte de l'influence de la lésion capsulaire sur l'évolution de la lésion concomitante et réciproquement. Les formes aiguës doivent être différenciées dès maintenant. Elles sont caractérisées par leur évolution rapide, la présence de phénomènes simulant l'intoxication, l'absence de mélanodermie. Le cancer des capsules ne paraît pas s'accompagner du syndrome addisonien. L'asthénie et la mélanodermie manquent presque toujours. La cachexie caractéristique et la généralisation aux autres viscères mettront sur la voie du diagnostic. Au point de vue anatomo-pathologique, on peut donc conclure que le tissu capsulaire est le plus souvent pris dans sa totalité; mais on peut ne constater que des lésions partielles avec persistance d'une partie de la glande macroscopiquement saine. La lésion tuberculeuse des capsules n'aboutit pas ordinairement au ramollissement, elle produit un tissu dur, coriace, entourant des noyaux jaunâtres de consistance ferme. Au point de vue histologique, la lésion primordiale paraît être l'épaississement du tissu conjonctif dans lequel se développent, tantôt des noyaux tuberculeux typiques, tantôt un tissu de granulations dont la présence des bacilles démontre la vraie nature. Dans les premiers cas, l'évolution des premiers noyaux tuberculeux est identique à celle des noyaux développés dans les autres organes, avec cette différence que la dégénérescence est plus lente. Les signes caractéristiques des autres cas sont les dégénérescences épithéliales, parfois avant même que la lésion soit nette macroscopiquement, et le tissu de granulations à point de départ dans le tissu conjonctivo-vasculaire péri-alvéolaire.

(Indép. méd.)

CHIRURGIE

L'étiologie de la cystite infectieuse.

Par R. P. VAN CALCAR.

Des recherches de l'auteur il se dégage les conclusions suivantes.

Dans grand nombre de cas de cystite infectieuse l'infection de la vessie n'a pas lieu du dehors par la voie uréthrale, mais elle se produit depuis l'intestin, et cela directement, non point par la voie rénale, ni par celle de la circulation. Très probablement, les microbes suivent la voie sous-péritonéale.

Les principales circonstances prédisposant à la genèse de la cystite infectieuse sont la rétention et la dilatation de la vessie.

Les susdites conclusions reposent sur les motifs suivants :

- 1° Les organismes qu'on trouve en cas de cystite diffèrent d'ordinaire complètement de ceux qu'on rencontre dans l'urèthre ;
- 2° L'urèthre, tant malade que sain, est à peu près stérile pour l'organisme spécial de la cystite, le bactérium-coli commune ;
- 3° Dans les circonstances prédisposant à la cystite, les microbes de l'urèthre ne témoignent aucune tendance à l'ascendance ;
- 4° Les microbes de la cystite, du moins les principaux d'entre eux, se rencontrent préexistants dans l'intestin ;
- 5° La présence des microbes qui, sous l'influence de circonstances pathologiques, infectent la vessie depuis l'intestin, se révèle dans cet organe toujours plus tôt que dans l'urine des urètres.

(Indépendance médicale).

De la phlébite variqueuse et en particulier de son influence curatrice sur les varices.

Par P. GULDENSCHUP (de Montpellier)

La phlébite variqueuse est relativement fréquente. Elle se développe sous l'influence de causes générales ou locales : les ulcères variqueux sont très souvent la porte d'entrée de l'infection. La phlébite variqueuse ne diffère en rien, au point de vue pathogénique de la phlébite en général : c'est une infection qui se localise sur l'endoveine et détermine soit la phlébite adhésive avec thrombose oblitérante soit la phlébite suppurée. Au point de vue clinique, on admet trois groupes de phlébites variqueuses : la phlébite tronculaire ; la phlébite des paquets variqueux ; la phlébite profonde. La phlébite variqueuse a une terminaison variable. Elle peut tuer par pyohémie ou par embolie pulmonaire, ou guérir après ou sans suppuration. Le plus souvent, la guérison survient sans suppuration, et il se produit une oblitération définitive de la veine et du paquet variqueux. La phlébite joue alors un rôle curateur et le mécanisme de la guérison des varices n'est que l'imitation de ce fait l'inflammation de la veine sclérosée. Le traitement se réduira presque toujours à l'immobilité absolue et à l'application permanente de compresses humides antiseptiques pour amener la résolution. Exceptionnellement et dans des conditions parfaites de milieu et d'assistance, un chirurgien pourra recourir à l'extirpation de la veine thrombosée.

(Indép. méd.)

OBSTÉTRIQUE

Des difficultés de l'extraction du fœtus dans la version par manœuvres internes.

Par M. MAYGRIER

(Suite)

Il faut alors avoir recours à la manœuvre de Champetier de Ribes, ainsi appelée parce que Champetier l'a magistralement décrite dans sa thèse (1) et parce qu'il y a apporté un élément nou-

(1) Voici les conclusions très nettes formulées par M. Champetier de Ribes :

1o Le mécanisme de la sortie de la tête arrivant la dernière dans un bassin rétréci suivant son diamètre antéro-postérieur est ordinairement le suivant.

La tête se dirige d'abord transversalement et s'incline en arrière. Sous l'influence des tractions, le côté postérieur de la base passe et entre le premier dans l'excavation. La tête continue à descendre en conservant cette inclinaison et par conséquent la partie postérieure, de la voûte s'engage plus profondément que l'antérieur, jusqu'au moment où la bosse pariétale arrive en arrière au niveau du détroit supérieur.

En même temps, la tête se fléchit et se porte en masse dans la moitié du bassin où se trouve l'occiput ; elle pivote telle sorte que la bosse pariétale postérieure se loge dans l'encoche formée par la réunion du promontoire avec l'aileron du sacrum et s'arc-boute contre l'arête qui limite en ce point l'ouverture du bassin, tandis que la suture fronto-pariétale se trouve en rapport avec la partie la plus saillante du promontoire. Le côté antérieur de la voûte exécute alors un mouvement de bascule autour de la bosse pariétale immobilisée et les parties qui appuient contre le pubis franchissent le détroit. La bosse pariétale antérieure passe donc avant la postérieure.

2o Une forte flexion de la tête est la condition qui favorise le plus sa descente. Quand la tête est bien fléchie, l'apophyse malaire ne s'accroche plus au pourtour du détroit supérieur ; le glissement, le tassement dans la moitié du bassin qui loge l'occiput se fait facilement ; la suture fronto-pariétale peut en arrière se placer au devant de la partie la plus saillante du promontoire.

3o Le maxillaire inférieur sur lequel on tire avec deux doigts introduits profondément dans la bouche, nous a paru être le meilleur point d'application des tractions.

4o On facilite considérablement l'extraction par les manœuvres suivantes : a) en repoussant directement en arrière dans la concavité du sacrum, le côté de la base du cou qui se trouve descendu derrière la symphyse pubienne ; b) en faisant faire par un aide l'expression portant sur la région frontale du fœtus et dirigée suivant l'axe du détroit supérieur.

5o On peut espérer extraire un enfant vivant chaque fois que le diamètre bi-pariétal de la tête ne surpasse pas le diamètre antéro-postérieur du bassin d'une longueur de plus de 15 millim. environ,

veau. Peut-on extraire la tête si on laisse le diamètre bi-pariétal en rapport avec le diamètre sacro-pubien ? Il faut lui substituer un diamètre plus petit. On place la tête transversalement, elle est d'ailleurs généralement ainsi placée à l'aide de deux doigts introduits dans la bouche et on fléchit la tête du fœtus, retenez ceci, en même temps on introduira l'autre main, on enserre le cou du fœtus avec l'index et le médus et on refoule la tête dans la moitié du bassin à laquelle correspond l'occiput de façon à substituer au niveau du rétrécissement un diamètre plus petit, le diamètre bi-temporal ou bi-temporopariétal, à un diamètre plus grand, le diamètre bi-pariétal. Le troisième temps consiste à incliner le temporal postérieur de manière à l'engager le premier, car c'est le temporal postérieur qui s'engage le premier.

Enfin, dernier temps sur lequel Champetier a tant eu raison d'insister : on appuie à l'extérieur sur le front ; en effet les deux doigts introduits dans la bouche du fœtus ne suffisent pas et peuvent casser la mâchoire s'ils doivent exercer des tractions trop fortes. On aide les tractions par ces manœuvres extérieures et alors il se produit un choc, un ressaut caractéristique dont les opérateurs ont la sensation : la tête est dans l'excavation. Il ne reste qu'à l'extraire par la manœuvre de Mauriceau.

Mais il peut y avoir encore une rétraction de l'anneau de Bandl, il peut se faire que le col qui n'était pas complètement dilaté au moment où l'on a commencé la version, revienne sur lui-même et enserre la tête dans sa circonférence sous-occipito-frontal par exemple. Ceci nous est arrivé dans une de nos dernières versions. Il s'agissait d'un accouchement prématuré provoqué, l'enfant était petit et nous pensions que la dilatation, assez grande, était suffisante ; l'événement nous a donné tort, l'enfant était retenu par la partie supérieure de la tête. Nous avons essayé de l'extraire avec la main par la manœuvre Mauriceau, avec le forceps, nous n'y sommes pas arrivés ; l'enfant n'était pas mort, la bouche était sortie, il pouvait donc respirer. C'est alors qu'en appelant un nouvel aide, une main fraîche, il a été extrait par la manœuvre de Mauriceau. Nous étions donc trois, mais si vous êtes livrés à vous-mêmes, si vous êtes seuls, prenez garde, n'opérez qu'à la dilatation complète.

Mais en dehors de cela, vous pourrez avoir affaire à des difficultés dues à la résistance des parties molles, du périnée. Dans ces cas, ayant toujours le forceps, car on ne réussit pas toujours avec la manœuvre de Mauriceau, et alors appliquez le forceps sur la tête dernière.

Vous voyez que nous avons passé en revue un assez grand nombre de difficultés et vous voyez qu'elles peuvent être vaincues par la patience et le savoir-faire. Il faut vous souvenir de ces petites manœuvres qui vous seront si utiles dans la pratique et qui vous permettra de sauver bien des existences.

(Indép. Méd.)

GYNECOLOGIE

Peritonite diffuse aigue a gonocoques.

(Bulletin of the John Hopkins Hospit.)

Par HARVEY CUSHING

Observations de 2 cas opérés par l'auteur et lui ayant suggéré les conclusions suivantes : 1° Le gonocoque peut causer une mala-

6° On risque de produire une fracture du pariétal, quelles que soient les manœuvres d'extraction, si la force totale employée atteint 35 à 40 kil. sur un enfant à terme, 20 à 22 kil. sur un enfant avant terme.

7° Le maxillaire inférieur d'un enfant à terme peut supporter sans se rompre une traction de 25 kil.

8° La colonne vertébrale d'un enfant à terme s'est rompue trois fois sous un effort de 50 kil.

die infectieuse spécifique — la blennorrhagie et, en même temps, d'autres conditions pathologiques moins spécifiques. 2° La preuve expérimentale existe que, chez certains petits animaux, le Gonocoque peut provoquer, dans le péritoine, des altérations aiguës analogues aux sérosités septiques aiguës chez l'Homme, mais en différant par leur tendance spontanée et rapide à la guérison. 3° Jusqu'ici fait défaut la preuve concluante que, dans les péritonites survenant, au cours de la blennorrhagie chez la Femme, le Gonocoque soit en cause seul ou en première ligne. Les inflammations ont été ici regardées soit comme des infections mixtes, soit comme des inflammations chroniques. 4° Les deux observations relatées donnent, à première vue, la conviction que l'inflammation générale de la cavité abdominale est due au Gonocoque. 5° Il a été reconnu que l'infection gonococcique peut s'étendre des parties génitales externes au péritoine pendant la puerpéralité. Le même processus peut s'observer pendant la menstruation. 6° Ces formes de blennorrhagie ascendantes restent ordinairement localisées au bassin et ne requièrent pas l'intervention chirurgicale à la période aiguë. 7° L'invasion générale du péritoine, telle qu'elle a été observée dans ces deux cas, est une condition rare, susceptible d'être méconnue, et suppose soit une réceptivité insolite de la séreuse, soit une virulence exceptionnelle du Gonocoque. 8° Le péritoine ne présente pas plus d'immunité à l'infection blennorrhagique que le péricarde ou l'endocarde et, plus exposé chez la Femme, il est plus souvent envahi ; cependant, la bénignité relative de cette infection fait que le chirurgien est rarement appelé à intervenir à la période aiguë.

(La Semaine gynécologique.)

Maladies nerveuses

Troubles oculaires dans l'hystérie

Par STRZEMINSKI

La connaissance exacte des symptômes oculaires de l'hystérie est non seulement utile à l'oculiste, mais indispensable au médecin et au neurologue. parce que de même que dans quelques autres maladies générales, ils sont parfois les seuls et souvent les premiers signes qui permettent de diagnostiquer cette névrose.

Un léger frottement de la conjonctive bulbaire ou palpébrale, de la cornée peut provoquer la léthargie, la catalepsie ou une crise hystérique convulsive. Il en est de même de l'introduction d'une sonde dans le conduit lacrymal. Une excitation de la rétine (lecture, fixation d'un point brillant) peut produire une attaque hystérique. La région oculaire présente non seulement des zones hystérogènes spasmogènes mais aussi frénatrices ; souvent un des procédés employés pour arrêter l'attaque est compression des globes oculaires.

CHAMP VISUEL.— Au début ou à un faible degré d'hystérie, on n'observe parfois que des altérations du champ visuel ; il est agrandi et la relation respective entre les couleurs est changée ; les limites du bleu et du rouge dépassent quelquefois celle du blanc. Ce signe devra être pris en considération en raison de ce qu'il n'a été signalé dans aucune autre affection.

Plus tard ou dans un second degré d'hystérie, on observe un rétrécissement du champ visuel bilatéral et concentrique. Ce rétrécissement s'accompagne souvent de troubles de la perception des couleurs ; leur champ se réduit concentriquement, et le rapport mutuel entre les cercles des différentes couleurs est changé.

Quelques auteurs considèrent comme un symptôme caractéristique de l'hystérie une prompte disparition de la périphérie du champ visuel pendant l'examen.

Quelquefois on trouve du scotome central et plus rarement du scotome paracentral.

Dans quelques cas rares, on constate de l'hémianopsie, plus souvent homonyme, du côté de l'hémianesthésie, ou hétéronyme.

Les troubles du champ visuel s'accompagnent de l'altération de la sensibilité de la conjonctive. On observe le plus souvent l'anesthésie de la peau des paupières et du pourtour de l'orbite, de la conjonctive dans toute son étendue ou seulement de la conjonctive bulbaire.

AMBLYOPIE. — Dans un troisième degré d'hystérie, on constate, avec les symptômes déjà mentionnés, de l'affaiblissement de l'acuité visuelle sans troubles ophtalmoscopiques et sans vices de réfraction. L'amblyopie peut être monoculaire, du côté de l'hémianesthésie, ou binoculaire.

Parfois les hystériques sont atteints d'hallucinations colorées ; on a signalé l'érythroopsie. Dans d'autres cas on observe de l'audition colorée.

AMAUROSE. — Enfin le quatrième degré de l'hystérie oculaire comprend la cécité complète d'un œil, très rarement des deux yeux. La cécité monoculaire peut être accompagnée d'un affaiblissement de la vision de l'autre œil avec des altérations du champ visuel propres aux formes précédentes. Cette cécité hystérique, qui se développe lentement ou brusquement, peut disparaître rapidement ou peu à peu ; quelquefois elle dure plusieurs heures ou jours, plus rarement elle persiste des semaines et des mois, exceptionnellement des années.

Les divers symptômes oculaires de l'hystérie qui viennent d'être énumérés sont surtout psychiques ; ils existent dans l'imagination du malade. On a pu démontrer que même l'œil avouglé de l'hystérique voit parfaitement, quoique le malade n'en ait pas conscience ; les impressions reçues par l'œil sont transmises mais neutralisées par l'imagination.

ANESTHÉSIE. — HYPERESTHÉSIE. — Au lieu de l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée, on peut constater, dans des cas plus rares, l'hyperesthésie de ces membranes avec du *blépharospasme douloureux*, de la *photophobie*, de l'*hémihyperesthésie* de la peau et de l'*hyperesthésie* de la rétine.

La *diplopie* et la *polyopie* monoculaires variables, la *mégalopsie* et la *micropsie* s'observent également chez les hystériques.

La *migraine ophtalmique* peut être une manifestation de l'hystérie, de même que l'*hémianopsie*.

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

Traitement de la néphrite scarlatineuse.

Par le Dr ZIEMSEN

Il faut d'abord être persuadé de ce fait essentiel que les glandes enflammées ne doivent pas être excitées dans leurs fonctions. Mais à côté des reins, nous pouvons faire fonctionner énergiquement la peau. En excitant sa sécrétion, nous pouvons éliminer non seulement l'eau, mais les matières excrémentielles de l'urine.

De toutes les méthodes diaphorétiques, celle qui est le plus recommandable dans le cas de néphrites graves est le *bain chaud* suivi d'enveloppement dans des couvertures de laine.

Ziemssen déclare qu'une longue expérience lui a permis de recommander chaleureusement l'emploi des bains chauds ou des bains chauffés d'une façon régulièrement progressive.

L'échauffement du bain se fait d'après la méthode de Liebermeister, laquelle consiste à échauffer l'eau du bain en y versant de l'eau chaude pendant que le malade y est plongé, de façon à atteindre 38° et même 41° et 42° C. On fait suivre le bain d'un enveloppement dans une couverture de laine. La durée du bain doit être prolongé pendant une ou deux heures, car c'est seulement alors que la transpiration devient profuse.

Une expérience de vingt années, dit Ziemssen, me permet de considérer la méthode de Liebermeister comme la meilleure dans les diverses formes d'hydropsie rénale. Elle s'applique surtout aux personnes qui ne peuvent s'asseoir et qui ne peuvent prendre, pour un temps assez prolongé, que la position *horizontale*.

Il faut noter que le bain chaud administré tous les jours ne produit souvent qu'une sudation insignifiante le premier et le deuxième jour, tandis que le troisième jour, la transpiration devient très abondante.

Les cas graves de néphrite, ceux qui s'accompagnent d'anurie et font craindre l'apparition d'accidents urémiques, comporte l'emploi de la *pilocarpine* en sus des bains chauds. On administrera également du vin de Champagne et des eaux gazeuses, dans du lait, dans la proportion de 1 : 2, comme boisson. Dans tout le cours de la néphrite scarlatineuse, le lait est d'ailleurs excellent, tant comme aliment que comme médicament.

Comme médicament interne, la *digitale* occupe le premier rang ; on peut y ajouter l'*acétate de potasse* ou l'*ammoniaque*.

S'il n'existe pas un état urémique, on fera bien de s'abstenir de toute médication.

Il va de soi que, pendant la convalescence, alors que les troubles de la sécrétion urinaire et spécialement l'albuminurie ont cessé, il faut éviter avec le plus grand soin tout ce qui peut amener une excitation du rein : l'alcool, les vésicatoires et le refroidissement. Si les circonstances le permettent, il faut conseiller de porter de la laine à la peau, et le séjour d'un climat chaud, pendant les saisons rigoureuses.

(Journal de méd. de Paris)

REVUE PROFESSIONNELLE

La question du bill Roddick

Par M. le Dr L. J. O. SIROIS. (St-Ferdinand d'Halifax.)

Soit dit, sans offense, le dernier article de l'*Union Médicale* sur la question du bill Roddick, nous a grandement amusé. Sa position, admettons-le, était quelque peu embarrassante. Ecrire, en janvier, avec beaucoup d'assurance : " le bill Roddick va certainement entrer dans sa période active à la prochaine session du Parlement fédéral ", et annoncer, un mois plus tard ; En face de l'opposition persistente et croissante faite à son projet de loi, le docteur Roddick renonce à le soumettre aux chambres, durant la présente session, n'est pas chose plaisante.

Au lieu de s'écrier gaiement avec Perrette : adieu, etc., l'*Union* laisse éclater son mécontentement et cherche à rejeter la cause de sa déception sur le district de Québec, celui de Trois-Rivières, la Société Médicale de Québec, le Dr Art. Simard et même sur le Dr Sirois qui ne se soupçonnait pas tant de malveillance et de méchanceté.

Elle fait, à cette occasion, une revue historique de la question où brillent bien des lacunes. Nous ne pouvons résister au désir de les signaler et même, avec la bienveillante permission des lecteurs

de la *Revue*, de les combler, en reprenant les faits dans leur ordre chronologique.

Au mois de juillet 1896, le Bureau des Gouverneurs adoptait la résolution suivante : " Il est résolu que le Bureau médical de la Province de Québec est favorable à une mesure qui donnerait la réciprocité entre toutes les provinces, en établissant un Bureau fédéral, mais à la condition que l'autonomie provinciale soit respectée et que chaque province conserve tous ses droits et sa liberté d'action."

La motion, d'abord soumise, s'arrêtait aux mots *Bureau fédéral*, mais ayant fait remarquer au Bureau que cette résolution devrait spécifier une restriction au sujet de l'autonomie des provinces, M. le président ajoute la phrase en italique : mais etc., modifiant du tout au tout la signification de cette résolution.

Qu'endait-on, alors, par les mots *Bureau fédéral* ?

Le Conseil médical du Canada dont le *bill* Roddick est la pierre angulaire ? Pas du tout !

Dans les derniers jours d'août 1898, l'Association médicale canadienne, siégeant à Québec, avait adopté un plan de réciprocité interprovinciale dont voici les grandes lignes :

- 1° Un programme minimum pour l'examen d'immatriculation.
- 2° Un programme minimum pour l'examen professionnel.
- 3° Quatre années de cours de pas moins de huit mois par année.

5° L'obligation pour tout candidat d'obtenir, d'abord la licence provinciale et ensuite

5° Subir un nouvel examen devant un bureau d'examineurs pour le Dominion — dirigé par les examinateurs nommés par les Conseils Médicaux des Provinces — tout candidat heureux devant avoir droit à son enrégistrement dans toutes les Provinces de la Puissance. M. le Dr Roddick était chargé de voir s'il était possible d'obtenir l'adoption d'une législation fédérale ayant pour effet d'établir une qualification centrale plaçant la profession du Canada sur un pied d'égalité avec celle du Royaume uni !

Conséquemment, quand le Bureau adopta la résolution de juillet 1899, il ne pouvait qu'approuver l'idée de la création d'un *Bureau fédéral d'examineurs, nommés par les Conseils médicaux des provinces*, M. le Dr Lachapelle, lui-même, n'avait rien autre chose en vue et il n'était nullement question du Conseil Médical du Canada.

Puis l'Association Médicale se réunit à Toronto vers la fin d'août 1899. Le projet de 1898 était déjà assez difficile à mettre en pratique, avec un peu de bonne volonté on pouvait, cependant y arriver. Mais Ontario, suivant sa vieille habitude, se mit à tirer de l'arrière ; elle voulait imposer son curriculum de cinq ans etc. Le Dr Roddick saisit l'occasion pour présenter son projet de Conseil Médical, et de guerre lasse, l'Association l'adopta.

" Il fut alors convenu que le Dr Roddick rédigerait son projet de loi de manière à le rendre conforme aux résolutions adoptées, et en donnerait connaissance aux membres des Bureaux provinciaux avant de le présenter au parlement d'Ottawa."

A la dernière assemblée du Bureau, M. le Dr Lachapelle présenta son rapport aux Gouverneurs et leur exposa les grandes lignes du projet de loi Roddick, qui n'était pas encore définitivement rédigé et imprimé.

Le Dr Sirois, l'*Union* oublie ce point, saisit l'occasion de soulever des objections contre l'adoption immédiate de ce projet : 1° Parce qu'il empiétait sur l'autonomie provinciale, contrairement à la résolution de juillet 1899, et 2° le Bureau devrait avoir sous les yeux le texte même du *bill* avant de se prononcer. Nos modestes remarques sur la question ferment la base de nos deux premiers articles publiés dans la *Revue*.

Le Président nous répondit simplement : " Vos craintes sont exagérées, la Province de Québec pourra se retirer de l'union fédé-

rale quand elle le voudra, et d'ailleurs ce ne sera toujours que le petit nombre, qui se soumettra aux exigences du Bureau fédéral.

La motion Desroches-Panneton fut adoptée sur division et il va sans dire, nous étions parmi la minorité. Nous nous gardions de proposer un amendement, parce que cette motion était en elle-même très inoffensive comme nous le montrerons plus loin.

" Jusqu'ici la question avait donc suivi une marche normale et " logique," s'écrie l'*Union*, la marche subséquente sera, en conséquence anormale et illogique.

Voyons !

" Dans le courant du mois d'octobre, continue l'*Union*, le Dr Sirois publia, dans la *Revue Médicale* deux correspondances dont nous avons parlé dans notre dernier numéro..... ne tenant aucun compte de la décision du Bureau médical dont il fait partie, refusant toute efficacité aux lois qui nous protègent, il insiste pour que la profession prenne en mains sa propre défense, mettant ainsi en doute la sincérité et la compétence du Comité nommé par le Bureau des Gouverneurs..... Mais pour engager ainsi le Bureau à revenir sur sa décision, il fallait un danger immédiat, pressant, considérable. Or, le *bill* Roddick à cette époque n'était pas encore traduit, il n'était même pas définitivement rédigé et imprimé, et trois long mois nous séparaient de l'ouverture du parlement."

C'est clair en mettant la main sur la plume, nous avons commis quatre grands crimes.

1° Jeter le cri d'alarme avant que le *bill* fut traduit, définitivement rédigé et imprimé et quand trois long mois nous séparaient de l'ouverture du parlement.

C'était absurde n'est-ce pas ? Alors, l'*Union* n'y a pas songé, dans quelle position humiliante place-t-elle le Président et la majorité des membres du Bureau ? S'il était illogique et anormal de critiquer le *bill* tel qu'exposé dans ses grandes lignes par l'*Union* elle-même, numéro de septembre et le Dr Lachapelle — il ne pouvait être logique et normal pour les membres du Bureau de l'approuver et donner carte blanche au Comité, sans avoir vu le texte du projet lui-même !

L'*Union* ne peut sortir de là et son soufflet a dépassé le but.

2° " Refuser toute efficacité aux lois qui nous protègent," ce n'est pas très explicite, cependant s'il s'agit de la protection de la législature, nous avons cités des faits probants auxquels l'*Union* a jugé prudent de ne pas faire allusion et pour cause.

3° " Ne tenir aucun compte de la décision du Bureau dont nous faisons partie." Notre position semblait bien tranchée ; nous avons parlé et voté contre le *bill*, nous devons avoir droit à notre liberté d'action ?

D'ailleurs quelle était cette décision dont on parle beaucoup, sans paraître en comprendre le sens littéral ?

Proposé par le Dr Desroches, secondé par le Dr Panneton :

" Que M. le Président et MM. Craik et Fiset soient chargés de surveiller la passation du *bill* relatif à la réciprocité interprovinciale, lors de sa présentation au Parlement du Canada."

Cette motion donnait-elle instruction au comité de faire passer le *bill* à la présente session ? Non ! Déclarait-elle qu'il y avait urgence ? Non ! Renonçait-elle à la convention arrêtée à Toronto que le Dr Roddick rédigerait son projet de loi de manière à le rendre conforme aux résolutions adoptées et en donnerait connaissance aux membres des bureaux provinciaux avant de le présenter au Parlement d'Ottawa ? Encore une fois non !

Puis, que signifiaient ces mots le "*bill* relatif à la réciprocité interprovinciale" ? Constituait-il une approbation de l'établissement d'un Conseil Médical du Canada, avec une organisation fédérale complète — une indépendance absolue des bureaux locaux — entièrement incompatibles avec l'idée de réciprocité ? Si un homme

sérieux, un bon écrivain, un ancien journaliste, sachant ce que parler veut dire, comme M. le Dr Desroches a pu faire cette erreur, tomber dans une telle confusion de mots et d'idée, jugez, s'il était opportun de ne pas attendre trois longs mois pour crier comme Goëthe mourant : de la lumière ! de la lumière ! *L'Union* a tellement bien saisi l'importance de cette distinction qu'elle substitue aux mots "le bill relatif à la réciprocité interprovinciale" "le bill Roddick."

(à suivre)

FORMULAIRE

Potions toniques dans la fièvre typhoïde des enfants.

Vin rouge.....	2 onces.
Teinture de cannelle.....	1 drachme.
Extrait de quinquina.....	$\frac{1}{2}$ "
Cognac vieux.....	5 à 8 drachmes.
Sirop d'écorce d'oranges.....	5 drachmes.

Par cuillerée dans les 24 heures.

Autre formule.

Vin de grenache.....	1 once et demie.
Eau distillée.....	1 once et demie.
Sirop capillaire.....	1 once.
Teinture de vanille.....	1 drachme.
Teinture de quinquina.....	1 drachme.

Autre formule (Codex)

Sirop de quinquina.....	6 drachmes.
Alcoolat de mélisse composé.....	1 drachme.
Eau de menthe.....	2 onces et demie.
Eau.....	3 onces.

Traitement de l'urticaire.

Traitement général. — 1° Supprimer la cause, agents irritants, médicaments, aliments.

2° Si l'urticaire succède à une intoxication alimentaire, favoriser l'élimination des substances absorbées en donnant des purgatifs, des diurétiques, le régime lacté, des antiseptiques intestinaux.

3° Traiter les affections qui prédisposent à l'urticaire telles que les névropathies, l'arthritisme, le paludisme, les troubles dyspeptiques, etc.

Traitement local. — A pour but de combattre les démangeaisons.

1° Matin et soir faire des lotions avec de l'eau chaude additionnée d'eau de Cologne, de vinaigre, de chloral ; la formule suivante est excellente :

Hydrate de chloral.....	3 grammes.
Eau de laurier-cerise.....	100 "
Eau distillée.....	200 "

2° Après les lotions saupoudrer avec :

Salicylate de bismuth.....	10 grammes.
Poudre d'amidon.....	50 "

ou avec un mélange de poudre d'amidon et de poudre de talc ou d'oxyde de zinc ; ou bien appliquer la pommade suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 50
Menthol.....	0 gr. 25
Vaseline.....	60 grammes

3° Si les démangeaisons sont trop vives, administrer les opiacés, les bromures, l'antipyrine, la belladone, la quinine, le salicylate de soude.

(*Journal des praticiens.*)

QUESTIONS ET REPONSES

18° C. R. J. — On vante, à la campagne, les propriétés thérapeutiques de l'urine des jeunes garçons contre la phtisie ; quels sont les dangers d'une telle médication, si danger il y a, et a-t-elle des propriétés thérapeutiques ?

BIBLIOGRAPHIE

LA PESTE ET SON MICROBE. — *Strothérapie et Vaccination* par le Dr NETTER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, membre du Comité Consultatif d'Hygiène Publique de France, 1 volume in-8 couronne de 124 pages, avec 5 planches hors texte et 2 tracés en couleurs, cartonné à l'anglais. Prix : 4 franc, Georges Carré et C. Naud, Editeurs, 3, rue Racine, Paris. Excellent petit ouvrage ; bien fait, au point.

NECROLOGIE

Nous regrettons d'apprendre la mort de Madame La Moyné de Martigny, épouse de notre distingué confrère, Monsieur le docteur Adelstan LeMoyné de Martigny, et mère de nos amis, MM. les docteurs Adelstan de Martigny, rédacteur de "La Clinique", François de Martigny, actuellement chef de clinique à l'hôpital Péan, à Paris, et Paul de Martigny, directeur des "Débats".

Nous présentons nos sincères condoléances à la famille éplorée.

Les funérailles ont eu lieu à Varennes, lundi dernier, au milieu d'un grand concours de parents et d'amis.

NOUVELLES.

Le prix Samuel D. Gross. — Mille piastres. — Ce prix n'a pas été décerné cette année, faute d'un travail assez méritoire ; il sera accordé le premier octobre 1901. Ce prix est destiné à récompenser, tous les cinq ans, le meilleur travail original, ne dépassant pas 150 pages imprimées, sur un sujet de chirurgie. Le candidat doit être citoyen américain et le mémoire écrit en anglais. Renseignements précis fournis par le Comité du Samuel Gross Prize, Philadelphia Academy of Surgery.

NAISSANCES. — L'épouse de M. le docteur Jeannotte, rue Vistion, un fils.

A Québec le 15 courant, l'épouse de M. le docteur C. R. Paquin, un fils.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Coq-à-l'âne médicaux.....	305
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Lachycardie d'origine grippal — La durée et le taux de l'administration du bleu de méthylène.....	306
CHIRURGIE : Diagnostic des occlusions intestinales post-opératoires — Dyschondroplasia.....	307
OBSTÉTRIQUE : De l'avortement tubaire.....	308
THÉRAPEUTIQUE : La Bromipine dans le traitement de l'épilepsie — Le tribromure de salol dans l'épilepsie — Des effets de l'élongation des nerfs. Application au traitement des ulcères variqueux — Traitement du mal perforant plantaire par la faradisation du nerf tibial postérieur et de ses branches terminales	308
MALADIES NERVEUSES : Troubles oculaire dans l'hystérie.....	309
REVUE PROFESSIONNELLE.....	310
LES SANATORIA.....	311
XIII ^{ème} Congrès International de Médecine.....	311
FORMULAIRE.....	312
NOUVELLES.....	312

Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

La fibrine cristallisée. — M. Maillard affirme l'existence d'une fibrine cristalline à précipitation lente, régulière, qui se dépose spontanément et qui fut remarquée d'abord dans le sérum conservé aseptiquement pendant longtemps.

Altérations dégénératives des globules rouges. — Grawitz, de Berlin, étudie les granulations basophiles trouvées dans les érythrocytes. Pour lui leur présence relèverait toujours d'un processus de dégénération et serait liée à la présence d'une toxine. Ces granulations se voient dans les anémies graves, chez les saturnins, les cancéreux, les leucémiques, les malariques ; mais on n'en retrouverait jamais chez les chlorotiques, les brightiques ou les cirrhotiques. Pour M. Plehn tous les sujets, sans exception, chez qui il a constaté ces granulations étaient dans la période prodromique de l'intoxication palustre. Il est important dans l'étude de ces granulations de bien distinguer s'il s'agit d'une décomposition du nucléole ou d'une dégénération du protoplasme. (*G. hebdomadaire, m. et ch.*)

Traitement opératoire de l'ascite. — Le docteur Grinon, de Hambourg, rapporte un cas, chez une femme de 47 ans, traité par l'opération de Talma, c'est-à-dire l'établissement d'une voie de circulation latérale par la création d'adhérences péritonéales. Il incisa la paroi abdominale, décolla le péritoine et, à travers une incision à la hauteur de l'ombilic fit sortir le grand épiploon qu'il fixa entre le péritoine pariétal et la paroi abdominale. Le résultat a été excellent.

A ce sujet, nous devons dire qu'il y a déjà plusieurs années, le docteur Brennan suggéra et pratiqua sur deux femmes, le drainage continu par le cul-de-sac de Douglas et, dans un cas, fit des lavages

intrapéritoneaux par l'ouverture vaginale, et cela avec d'excellents résultats. L'une était une cardiaque et l'autre une cirrhotique.

Vomissements périodiques chez les enfants. — Quelques enfants ont des vomissements périodiques avec constipation et un état général grave ; dans les intervalles, ces enfants paraissent bien portants. Ces sujets seraient ou des urémiques ou des neuro-arthritiques. L'excès d'acide urique causerait les crises paroxystiques. Une hygiène sévère, une alimentation raisonnée et le traitement de la diarrhée sont les indications thérapeutiques. (*Salelis, thèse de Paris*)

Classification des fistules à l'anus. — Le docteur Stoyanow, de Bulgarie, rapporte (*Presse médicale*) qu'au Saint Mark's Hospital, à Londres, on divise les fistules comme dans le cadran d'une montre, l'anus faisant centre : les fistules de midi, vers les organes génitaux ; celles de six heures vers le coccyx, etc.

C'est original ! Les fistuleux seront plus que jamais, désormais, comme dirait le Canayen, des montres..... !

L'hystérie est un sommeil. — Pour le docteur Sallier "l'hystérie est un trouble physique, fonctionnel du cerveau, consistant en un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent, du centres cérébraux, et se traduisant, par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vaso-motrices et trophiques, viscérales, sensorielles et sensitives motrices et enfin psychiques, et, suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanentes ou des accidents parasceptiques." Les hystériques confirmées ne sont que des vigilambules, dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, plus ou moins étendu. On peut guérir les hystériques en se bornant à les reveiller ; mais elles se rendorment de suite. (*Dr Bienfait — G. med, belge.*)

La mycothérapie dans les affections cancéreuses. — Les docteurs Bra et Mongour, de Bordeaux, ont réussi à extraire du nectria ditissima, parasite du chancre des arbres, un principe qu'ils nomment nectrianine. C'est un liquide jaune brun. Hypodermiquement, chez les animaux sains, à dose de 5cc., plusieurs fois par semaine, elle n'amène guère aucun phénomène appréciable. Chez les animaux et l'homme porteur de tumeurs cancéreuses, elle élève, au bout de quelques heures, la température de 1 à 3 degrés. A doses élevées, il y a frissons, accélération du pouls, soif, céphalée ; la crise se termine par des sueurs, de la polyurie et un sommeil profond. Dans leurs expériences sur des cancéreux inopérables, les auteurs n'ont pas dépassé 4cc par jour. Les injections sont très douloureuses. La nectrianine amène un arrêt ou une disparition complète des hémorragies, la suppression des pertes fétides, quelquefois un arrêt dans l'évolution de néoplasme ; la douleur est bien calmée, souvent enrayée. La suspension du traitement entraîne un retour des symptômes avec aggravations constantes, suivies d'amélioration à la reprise des injections. Malgré l'amélioration évidente dans l'état local, chez aucun des malades l'état général ne s'est relevé. Les auteurs croient que vu que cette thérapeutique est sans danger et qu'il se produit une influence heureuse locale, il est légitime d'en poursuivre plus loin l'application. (*J. med. Bordeaux*)

Troubles cardiaques de l'enfance. — Nous extrayons quelques points d'un travail du docteur Zahorsky, de Saint Louis, (*N. Y*

Med. J.) 1° Brunton dit : "Trouvez-vous un enfant avec une température qui suit la marche d'une fièvre intermittente quotidienne, alors que vous ne constatez ni malaria, ni suppuration, vous avez très probablement affaire à une endocardite." 2° Une péricardite avec épanchement peut simuler, en arrière, une tuberculose avec consolidation du poumon. Le signe de Pins — la disparition des signes d'hépatisation lorsque le patient prend la position gèneu-pectoral — aidera à éclaircir le diagnostic. 3° La débilité reconnaît souvent pour cause chez l'enfant, une lésion valvulaire chronique. 4° Les maladies du cœur chez l'enfant sont bien plus communs qu'on ne le croit.

Le docteur Fallot, de Marseille, signale un second cas d'absence congénitale des muscles pectoraux chez un adulte, ne s'accompagnant d'aucun trouble dans les fonctions. Dans un premier cas, l'anomalie siégeait à droite, dans celui-ci elle est à gauche.

La docimasie hépatique. — Lacassagne et Martin sont arrivés à prouver : 1° Que dans les cas où la mort a été brusque (même s'il s'agit d'un fœtus né viable), le foie contient du glycogène et du sucre : 2° Lorsque la mort est arrivée à la suite d'une agonie, il ne contient pas de traces de matières sucrées. Technique :— On écrase un morceau du foie dans un mortier et on y ajoute deux fois son poids d'eau et de charbon animal ; on chauffe dans une capsule jusqu'à ébullition. On filtre. On mélange le liquide teinté avec une nouvelle provision de charbon et on filtre encore. Alors : 1° Si le liquide présente une légère teinte opaline, il contient du glycogène, qui est mis en évidence par la liqueur de Fehling ; 2° Si le liquide est clair et ne précipite pas la liqueur, il n'y pas de glycose ; 3° Le liquide clair peut précipiter la liqueur cupro-potassique ; alors la présence du sucre sans glycogène, indiquerait que dans le cours de l'agonie un accident est venu amener brutalement la mort. (*G. hebdom. méd. et ch.*)

Hernie ombilicale chez l'enfant. — Un des correspondants de The Alkaloidal Clinic, le docteur Abbott, a eu d'excellents résultats, paraît-il, en se servant de cire d'abeille. Il coule dans un moule (coquetier, etc) de la cire, de façon à faire une pelote plate d'un côté, ovale de l'autre, d'environ un centimètre d'épaisseur. Cette plaque est maintenue au moyen de diachylon.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

La tachycardie d'origine grippale

M. le Dr Sansom, médecin du London Hospital, a observé et étudié de près toutes les épidémies de grippe qui se sont manifestées dans ces dernières années en Angleterre, et il a constaté, chez un grand nombre de sujets, l'existence d'un symptôme cardiaque important, une forme particulière de tachycardie, qu'il considère com-

me une des conséquences les plus fréquentes de la grippe épidémique.

Le seul mode de traitement que M. Sansom a trouvé efficace à l'égard de la tachycardie grippale consiste dans la galvanisation des pneumogastriques. A cet effet, on se sert de courants de 2 à 4 milliampères, le pôle positif étant appliqué à la nuque, tandis que le pôle négatif est maintenu entre les sterno-mastoidien et le cartilage thyroïde. On galvanise de la sorte chaque pneumogastrique, pendant six minutes, et on fait trois séances par jour. Cette pratique doit être continuée longtemps, car il faut souvent plusieurs mois pour obtenir une amélioration réelle.

Enfin, le traitement symptomatique de la tachycardie grippale devra surtout viser l'insomnie et les "crises pneumogastriques". Contre l'insomnie, il suffira de faire prendre le soir, au coucher, 1g25 à 2 grammes de bromure de sodium avec un cachet contenant 60 centigrammes de chloralamide, et de donner une seconde et même dose de ce dernier médicament dans le courant de la nuit si l'insomnie persiste. Contre la "crise pneumogastrique", ce qui a le mieux réussi à M. Sansom, c'est l'administration de 50 centigrammes de phénacétine avec 7 centigrammes de camphre et un cachet. On répète cette médication au bout d'une demie-heure, si le premier cachet n'a pas enrayé l'accès. Parfois, une dose de 1 gramme d'antipyrine, prise en solution, agit encore mieux que la phénacétine.

(Semaine méd. — Jour. de méd. de Bor.)

La durée et le taux de l'élimination du bleu de méthylène.

(Société médicale des hôpitaux)

Stance du 2 février 1900.

Par MM. ACHARD et CLERC

Lorsqu'on fait l'épreuve du bleu de méthylène, il y a lieu de tenir compte à la fois du temps dans lequel cette substance s'élimine et du taux de son élimination. L'un de nous, avec M. Castaigne, a montré que la durée de l'élimination était souvent prolongée dans les cas d'imperméabilité. On conçoit aisément que, le champ de la dépuration rénale étant amoindri, l'élimination ne puisse se terminer aussi promptement qu'à l'état physiologique. A la vérité, une interprétation en apparence toute différente a été proposée récemment. D'après MM. Albarran et Bernard, la prolongation résulterait, dans certains cas, non de l'imperméabilité, mais de l'hypertrophie compensatrice du parenchyme rénal demeuré sain. Mais nous ne pensons pas qu'on puisse mettre tout à fait hors de cause l'imperméabilité, puisque l'hypertrophie compensatrice n'est elle-même qu'une conséquence de celle-ci. Ensuite, il ne nous semble pas qu'on puisse appeler compensateur un état du rein qui aurait pour effet non de ramener l'élimination vers son type normal, mais de l'en éloigner au contraire, car le type normal répond à la fois à un certain taux et à une certaine durée. Lorsque l'élimination se prolonge, la compensation reste donc incomplète, autrement dit l'imperméabilité l'emporte encore sur elle.

Le taux de l'élimination est un élément fort important, mais difficile à évaluer, parce qu'il est nécessaire pour cela de recueillir la totalité des urines et que le dosage exige certaines précautions. Le procédé le plus simple consiste à doser par la colorimétrie la somme de bleu et de chromogène contenue dans une petite quantité de l'urine émise après l'épreuve. Pour ce dosage on ajoute une solution titrée de bleu à la même quantité d'urine recueillie avant l'épreuve, les deux échantillons d'urine étant dilués tous deux dans la même quantité d'eau, afin que la comparaison puisse s'exercer sur des teintes assez faibles.

Il importe de doser le bleu excrété dans un temps bien défini. C'est le dosage des 24 premières heures qui est le plus important ; à l'état normal il donne un taux de 25 à 30 milligrammes de bleu après injection de 5 centigrammes. On peut, par des dosages pratiqués successivement de 24 en 24 heures jusqu'à la fin de l'élimination dresser des courbes très démonstratives.

Nous avons reconnu que le taux de l'élimination peut être normal chez des albuminuriques. Nous avons observé notamment un malade qui succomba avec des lésions de néphrite diffuse et qui avait eu un taux normal. Mais l'épreuve de la phloridzine, instituée par l'un de nous avec M. Delamare, avait donné un résultat négatif, ce qui semble indiquer un trouble des fonctions du rein d'une autre nature que la simple perméabilité. Ces faits tendent à montrer que les troubles de la perméabilité ne sont pas la cause de tous les symptômes observés dans les néphrites.

Par contre, lorsque la perméabilité rénale est diminuée, on peut voir les malades, comme cela s'observe dans la néphrite interstielle, vivre sans éprouver de troubles bien prononcés. Encore un certain nombre de troubles qu'ils ressentent dérivent-ils d'autres causes que l'imperméabilité rénale, car il s'agit là d'une maladie bien plus générale qu'une simple affection des reins. C'est qu'il suffit d'une portion restreinte de parenchyme rénal pour subvenir à nos besoins courants d'élimination. Mais si ces besoins augmentent, l'équilibre est rompu et des accidents éclatent. L'imperméabilité rénale est, en somme, autant qu'un facteur pathogénique de troubles morbides, un élément d'aggravation dans les maladies.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Diagnostic des occlusions intestinales post-opératoires

Par E. NEUCLOS

Les occlusions tardives peuvent rentrer dans le cadre des occlusions ordinaires, primitives et leur diagnostic sera facilement établi.

Il n'en pas de même du diagnostic de l'occlusion précoce où les symptômes du début, les vomissements et la constipation n'ont plus la même valeur, parce que l'on sait que ces symptômes sont la règle immédiatement après l'intervention, les vomissements étant dus à l'anesthésie, la constipation aux phénomènes inhibitoires qui résultent du choc opératoire. Toutefois, ce n'est pas là que gît la plus grande difficulté. Bien autrement ardue est la différenciation entre l'occlusion intestinale précoce et la péritonite traumatique. Le diagnostic sera parfois d'autant plus épineux que les deux affections sont souvent associées. Il est même quelquefois impossible, d'après Jalaguier, de savoir si l'on se trouve en présence d'une occlusion produite par la paralysie intestinale, suite de péritonite, ou à une occlusion véritable par obstacle matériel.

Pourtant, bien qu'il n'existe pas de signe vraiment pathognomonique capable de trancher la question, l'ensemble des symptômes permettra souvent à un observateur attentif de distinguer l'une de l'autre les deux affections.

Il est tout d'abord un point qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est le début des symptômes. Dans la péritonite, qui s'annonce habituellement par un ou plusieurs frissons, il est généralement plus violent. Dans l'occlusion au contraire, il présente souvent un début insidieux.

Si les premiers jours après l'opération se sont passés sans aucun incident, on conclura plutôt à l'occlusion.

La douleur, qui est le plus souvent localisée dans l'occlusion, se généralise beaucoup plus rapidement dans la péritonite ; elle est plus superficielle, plus exquise et le moindre contact l'exagère, alors que dans l'occlusion elle n'est réveillée que par la palpation profonde.

Les vomissements sont moins précoces et moins fréquents dans la péritonite ; ordinairement bilieux, porracés, il ne deviennent que rarement fécaloïdes.

Le hoquet et les éructations se rencontrent dans les deux affections, mais ils ont, ainsi que l'haleine, une odeur fécaloïde absolument spéciale à l'occlusion.

L'arrêt des matières et des gaz est presque toujours absolu et résiste aux moyens médicaux dans l'occlusion. Dans la péritonite, au contraire, il cède généralement aux moyens en usage et n'est jamais aussi complet.

Le ballonnement, généralisé d'emblée dans la péritonite et provoquant rapidement la dyspnée mécanique, affecte dans l'occlusion, au moins au début, des localisations inconstantes et éphémères sans doute, mais qui n'en sont pas moins, quand on peut le constater, un signe précieux de diagnostic. Le météorisme local, associé à l'exagération des mouvements péristaltiques, suffit à trancher le diagnostic entre les deux affections, vu que, dans la péritonite, l'intestin est, au contraire, immobilisé.

La matité ou la submatité dans les parties déclives, les flancs surtout, et la perception du flot lombo-abdominale, traduisant l'existence d'un épanchement liquide, sont de bons signes d'étranglement interne.

La température est considérée comme un signe de premier ordre : hyperthermie dans la péritonite, hypothermie dans l'occlusion, telle est la règle. Mais il faut se rappeler que, d'une part, dans les occlusions intestinales simples sans péritonite, la coprostase peut donner lieu à une certaine élévation de température, et que, d'autre part, on peut voir des péritonites évoluer avec une hyperthermie insignifiante, ou même avec hypothermie.

L'accélération précoce du pouls est, de même de l'hyperthermie précoce, en faveur de la péritonite.

La dyspnée est beaucoup plus vive et survient plus rapidement dans cette dernière maladie.

Enfin un dernier signe est fourni par l'examen de l'urine qui, dans l'occlusion complète de l'iléon, contient toujours de l'indican, alors qu'elle n'en contient pas quand l'obstacle siège sur une autre partie du tube intestinal.

L'examen du malade peut fournir des signes précis. L'examen local doit être superficiel et profond. Superficiel, il permet de soupçonner l'obstacle, de percevoir les contractions intestinales. Profond, il peut être aidé par l'anesthésie et donne alors des renseignements plus précis. Le toucher vaginal chez la femme, le toucher rectal dans les deux sexes, doivent être employés et concourent fréquemment à établir le diagnostic. Le cathétérisme de l'intestin a été essayé par en haut et par en bas. Les tentatives d'exploration de l'intestin grêle au moyen de sondes conduites par la bouche et par l'estomac jusqu'au delà du pylore sont tout à fait récentes. Kuhn (de Giessen) a publié, en 1896, les premiers résultats obtenus au moyen de son instrument. L'introduction d'un long cathéter en gomme par l'anus est beaucoup plus simple et plus rationnelle. C'est un moyen recommandable, car il démontre la perméabilité du gros intestin sur tout le chemin parcouru. L'injection rectale est, elle-même, un autre genre d'examen profond, soit qu'on se base sur la quantité d'eau injectée, soit qu'on se rende compte par percussion que l'obstacle n'est pas sur le gros intestin. A tous ces éléments de diagnostic, il convient d'ajouter ceux que pourrait fournir la radiographie si l'état des malades permettait de les soumettre à un examen encore très long.

Le diagnostic de la nature, qui, *a priori*, paraît assez simple, ne l'est réellement que dans le cas de coprostase où souvent il suffit de mettre le doigt pour être fixé. Mais, dans les autres cas, il est plus difficile, et l'occlusion spasmodique simule parfois à s'y méprendre l'étranglement interne. Aussi, en présence d'une occlusion, faut-il toujours avoir recours au traitement médical, qui peut devenir une véritable pierre de touche en mettant fin aux accidents.

Le diagnostic de la variété, lorsqu'il s'agit d'une occlusion mécanique, n'est pas moins difficile. On se basera pour y arriver sur l'acuité des symptômes qui, seuls, diront si l'obstacle est absolu ou non.

Le diagnostic du siège est encore plus important à obtenir, surtout celui du siège topographique. Il se fait surtout par l'examen local superficiel qui nous renseigne sur le point maximum des douleurs, des contractions et du météorisme. Pour arriver au diagnostic du siège anatomique, il faut considérer en particulier les vomissements et l'arrêt des matières. Ces deux phénomènes reliés à la même cause sont inversement proportionnels : des vomissements très précoces et très pénibles, mais non fécaloïdes, coïncident avec une diarrhée temporaire pour l'évacuation d'une bonne longueur d'intestin : cela prouve que l'obstacle est voisin du pylore. Plus il s'en éloigne pour se rapprocher du rectum, plus il y a de matières fécaloïdes à régurgiter, tandis que le bout inférieur se vide rapidement.

Le diagnostic des lésions locales peut très rarement être posé d'une façon certaine. En général, l'étendue et la profondeur des lésions sont en rapport avec l'acuité de la maladie et sa durée. En outre, le diagnostic de la variété d'occlusion entraîne avec lui, jusqu'à un certain point, celui de la marche du processus : ainsi, il faut s'attendre à trouver le sphacèle beaucoup plus avancé sur une anse étranglée par une bride que sur une autre qui sera rétréci ou seulement comprimée.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Dyschondroplasia.

(Soc. chir. Lyon)

M. OLLIER, décrit sous ce nom un type morbide nouveau qu'il a pu constituer grâce à l'observation clinique aidée de la radiographie, et qui consiste en une irrégularité de formation et de développement du tissu cartilagineux dont la tendance à l'ossification est retardée.

Cela la différence de la chondroplasia de Parrot dans laquelle l'atrophie ou l'absence de développement du cartilage aboutit à un arrêt prématuré d'accroissement de l'os, et la rapproche des oxostoses ostéogéniques multiples.

Le premier fait observé par M. Ollier, juin 1897, est celui d'une fillette de 6 ans et demi, qui présentait une incurvation de l'avant-bras et du fémur, des oxostoses du fémur d'aspect cartilagineux et une déformation des doigts qui étaient plus courts et plus trapus avec sensation de souplesse à la pression. La radiographie démontra dans la diaphyse des phalanges une série d'espaces irréguliers restés plus clairs et cartilagineux.

Un peu plus tard, M. Ollier observa un fait analogue sur une jeune fille de 9 ans. Les fémurs étaient incurvés, l'extrémité supérieure du péroné, un peu atrophié, présentait une masse d'aspect cartilagineux. Les doigts radiographiés présentaient la même présence anormale d'espaces cartilagineux dans les phalanges.

M. Destot, depuis cette époque, a observé et radiographié un troisième cas.

L'affection paraît avoir une durée longue, elle évolue sans douleur, avec une tendance retardée à l'ossification et persistance des déformations initiales. Cette affection ne se rapproche ni de l'ostéomalacie, ni du rachitisme, ni des chondromes qui n'ont aucune tendance à l'ossification. Il y a besoin d'observations nouvelles pour fixer définitivement sa place ; mais elle paraît à M. Ollier constituer une entité morbide nouvelle à laquelle il faut donner un nom nouveau, celui de *dyschondroplasia*.

(Lyon médical).

OBSTÉTRIQUE

De l'avortement tubaire.

Par M. VIAL, (Thèse de Nancy)

Depuis Werth (1887), on désigne sous le nom d'avortement tubaire l'expulsion totale ou partielle de l'œuf ectopique avant l'âge de la viabilité, à travers l'un des orifices normaux de la trompe, sans rupture de la paroi. L'avortement tubaire, bien étudié par M. Vial, constitue un mode d'interruption très fréquent de la grossesse extra-utérine ; sa fréquence l'emporterait même sur celle de la rupture tubaire. C'est au cours des 2 premiers mois qu'on l'observe le plus souvent.

Il y a 2 types d'avortement tubaire : l'un, tubo-abdominal, se fait dans la péritoine, à travers l'orifice externe de la trompe ; l'autre, tubo-utérin, beaucoup plus rare, se fait dans l'utérus par l'*ostium uterinum*. Il est complet quand l'œuf est observé en totalité hors de la trompe, incomplet tant qu'il reste un débris adhérent à la paroi tubaire.

Au point de vue clinique, l'avortement tubaire se déroule au milieu d'hémorragies et de douleurs abdominales très vives, avec ou sans réaction péritonéale. On constate par le palper combiné au toucher l'existence d'une tumeur tubaire qui s'affaisse à mesure qu'une hématocele se développe dans le Douglas.

Il est fort difficile de distinguer l'avortement de la rupture tubaire ; cependant, dans l'avortement, les symptômes sont en général moins intenses, moins cataclysmiques. Le diagnostic entre l'avortement complet et incomplet est aussi malaisé ; cependant tandis que le premier évolue en une crise unique, l'avortement incomplet traîne en longueur, et se traduit par plusieurs crises successives.

L'hématocele est beaucoup plus souvent la conséquence d'un avortement que d'une rupture tubaire.

En présence de symptômes d'intensité modérée, l'expectation est permise ; mais dans l'avortement incomplet, il faudra souvent pratiquer l'ablation des annexes malades par la voie abdominale suivant les cas.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

THERAPEUTIQUE

La Bromipine dans le traitement de l'épilepsie.

Par PIETRO BODONI,

La bromipine (composé de brome et d'huile de sésame dans la proportion de 10p. 100) n'est pas plus efficace que les bromures communément employés, mais elle est mieux tolérée et retenue plus longtemps dans l'organisme.

(Rivista di pra. nervosa e men. — Rev. neu.)

Le tribromure de salol dans l'épilepsie.

Par LUIGI SEABIA (de Genes)

Le tribromure de salol a une valeur nulle en tant qu'hypnotique et sédatif ; son usage peut devenir dangereuse au bout de quelque temps à cause de ses produits de dédoublement ; son action dans l'épilepsie est de beaucoup inférieure à celle du bromure de potassium.

(Annali de Fre. e Sc. aff. — Rev. neu.)

Des effets de l'élongation des nerfs. Application au traitement des ulcères variqueux

Par A. CHIPAULT.

L'auteur a obtenu 3 résultats heureux en appliquant aux ulcères variqueux la méthode qu'il a employée avec succès pour les maux perforants. Il recommande de faire le traitement en deux temps : 1° élongation d'un nerf, sur le territoire duquel siège l'ulcère, ni trop loin ni trop près de celui-ci : saphène interne, sciatique poplitée, saphène externe ; 2° traitement de l'ulcère lui-même approprié à l'importance de celui-ci.

(Soc. de biologie — Rev. neu.)

Traitement du mal perforant plantaire par la faradisation du nerf tibial postérieur et de ses branches terminales

Par CROCC.

La régénération des cylindres obtenue par Chipault, grâce à l'élongation, peut être obtenue par la faradisation du nerf. Crocc cite, comme exemple, l'observation d'un homme de 32 ans, atteint de mal perforant sous la tête du deuxième métatarsien, traité inutilement par les procédés ordinaires et qui guérit en six semaines par la faradisation quotidienne du tronc nerveux.

(Congr. de l'assoc. franc. pour l'avancement des sciences, Boulogne. — Rev. neurol.)

Maladies nerveuses**Troubles oculaires dans l'hystérie**

Par STRZEMINSKI

(Suite)

MUSCLES. — Dans l'hystérie, les troubles des muscles oculaires ne sont pas rares ; le plus souvent ils accompagnent les autres symptômes oculaires, parfois ils se présentent isolément. D'une façon générale, le spasme est fréquent et la paralysie rare. Le spasme des muscles extrinsèques survenant brusquement s'accompagne de douleurs frontales et de contractures fibrillaires des muscles qui augmentent pendant les essais de fixation. Ce spasme provoque du strabisme et de la diplopie. Le strabisme hystérique se différencie du strabisme ordinaire chez l'hystérique par de fréquentes oscillations, par des variations considérables dans la diplopie et par son développement en un âge relativement tardif.

La *déviatio conjugata* spasmodique se présente fréquemment pendant les attaques hystériques ; parfois elle reste après ou remplace le strabisme spasmodique.

Le spasme du muscle ciliaire s'associe souvent avec le spasme des muscles extrinsèques, il peut cependant apparaître seul ; sa contracture totale détermine de la myopie, sa contracture partielle provoque de l'astigmatisme myopique.

Quoique rare, le *nystagmus* hystérique existe ; il présente une forme permanente mais d'intensité variable, se montre aussi bien à l'état de fixation que sans fixation et n'augmente pas avec les mouvements de l'œil, comme dans la sclérose en plaques.

La *blépharospasme*, ou spasme du muscle orbiculaire des paupières, innervé par le facial, s'observe souvent dans l'hystérie dont il peut parfois constituer l'unique symptôme oculaire. Il se présente sous plusieurs formes : la forme clonique, la plus fréquente, presque toujours bilatérale, constitue une vibration continue des paupières ; la forme tonique s'accompagne de symptômes d'irritation ; la forme douloureuse bilatérale mais à un degré inégal ; la forme anesthésique monolatérale ; la forme pseudo-paralytique, assez rare, simule le ptosis paralytique.

La paralysie des muscles oculaires dans l'hystérie est fort rare ; on n'a jamais pu d'ailleurs la produire par suggestion, tandis qu'il est facile de reproduire ainsi le blépharospasme, la déviation conjugée et le strabisme spasmodique. On observe quelquefois une parésie des muscles qui accompagne le spasme de leurs antagonistes, ou une insuffisance de la convergence, avec diplopie, surtout chez les myopes. Parfois on a noté la perte du sens musculaire des muscles oculaires ; le malade méconnaît ou exagère les mouvements de l'œil et perd la connaissance des distances.

Les paralysies hystériques vraies, indubitables, qui ont été publiées se réduisent à ces cas : paralysie incomplète du moteur oculaire commun (1), ophtalmoplégie externe totale (2) avec paralysie de la paupière supérieure (2), paralysie du droit externe (4). Les signes caractéristiques de la paralysie hystérique consistent dans son alternance, ses intermittences, ses variations, l'intensité des spasmes secondaires et dans la conservation partielle des mouvements inconscients à côté de l'impossibilité des mouvements intentionnels.

On n'a jamais observé dans l'hystérie la paralysie de l'orbiculaire ; même dans les rares cas de paralysie du facial, l'orbiculaire est toujours respecté.

PUPILLE. — Le plus souvent la pupille est normale et conserve la réaction ; quelquefois cependant on observe du myosis spasmodique accompagné du spasme du muscle ciliaire avec myopie consécutive ; la mydriase hystérique est également spasmodique. La réaction pupillaire à la lumière manque dans quelques cas pendant les attaques. Rarement on remarque chez les hystériques non seulement l'absence de la réaction à la lumière, mais aussi à l'accommodation. Il existe un certain nombre de faits certains prouvant que la parésie de l'accommodation dans l'hystérie peut avoir lieu, contrairement à l'opinion courante que la paralysie des muscles intrinsèques de l'œil, de même que celle du faciale, démontre une altération anatomique du système nerveux, à l'exclusion d'un trouble fonctionnel.

TROUBLES TROPHIQUES ET VASO-MOTEURS. — Dans la région oculaire, on a observé des transsudations sanguines sur la conjonctive teintant les larmes en rouge, des ecchymoses sous-conjonctivales, de l'hyphéma, des hémorragies à la base des cils, au niveau des sourcils et sur la rétine. On a décrit des cas de larmolement hystérique. On a encore noté comme étant d'origine hystérique de la *chromhydrose* et un cas de *glaucome*.

Le fond de l'œil dans l'hystérie ne présente presque pas de lésions ; on a constaté pendant les attaques un rétrécissement des vaisseaux de la rétine et un trouble de cette membrane ; mais tout disparaît après l'attaque. On a bien pu voir quelquefois des chan-

gements atrophiques sur la pupille du nerf optique, mais il est probable que ces altérations étaient dues à une autre cause morbide.

L'auteur, dont nous venons de résumer fidèlement le travail, rapporte au cours de celui-ci de nombreuses observations de sujets hystériques présentant quelques-uns des troubles décrits; il termine par un tableau des symptômes oculaires dans l'attaque d'hystérie et des considérations générales sur cette névrose.

(Dr MAZET, in *Marseille-médical*).

REVUE PROFESSIONNELLE

La question du bill Roddick

Par M. le Dr L. J. O. SIROIS. (*St-Ferdinand d'Halifax.*)

(Suite)

4° "Insister pour que la profession prenne en mains sa propre défense".

Voilà, sans doute, un péché capital,— nous voulons en contracter l'habitude, au risque de tomber dans l'impénitence finale.

A-t-on déjà oublié à l'*Union* la lutte de 95-98? A-t-on oublié ce mouvement universel dans le corps médical pour recouvrer le gouvernement responsable de la profession, par la profession? A-t-on oublié le 13 juillet 1898, et ses enseignements? Hier humble soldat dans les rangs; aujourd'hui, occupant une position responsable dans le Bureau, il nous semblait naturel de mettre en pratique les préceptes prêchés durant la lutte.

Nous avons donc demandé comme conclusions à nos deux articles: "de nous permettre de connaître la mesure dans toute son intégrité et sous sa forme définitive avant de la présenter au Parlement..... rédiger le projet de loi, l'imprimer, distribuer à tous les intéressés et attendre l'expression et l'opinion générale." (*Rev. méd. Nov. 22, 1899, P. 167.*)

Où était le crime? Le Bureau n'ayant aucun mandat pour accepter la fondation d'un Conseil Médical du Canada, devant produire tout une révolution dans nos institutions, il était légitime de soumettre la mesure à la profession. Le projet de loi ne pouvait-il comme certains champignons, poussant dans les caves humides, supporter la lumière du jour? Cette législation devait-elle être rédigée et adoptée, en petit comité, sans consulter la masse des intéressés?

Disons, en passant, que la sollicitude dont l'*Union* entoure la sincérité et la compétence des membres du Comité couvrirait de ridicule des hommes moins connus que les Drs Craik, Lachapelle et Fiset.

Vers la fin de décembre, grâce à la courtoisie de M. le Dr Roddick une copie anglaise du bill, marquée "confidential", nous est adressée. Il n'y a plus à en douter, l'opposition au projet de loi était simplement justifiée. Les empiétements sur l'autonomie provinciale y fourmillaient, les restrictions à la liberté d'action des bureaux locaux allaient de pair, les garanties promises brillaient par leur absence. Que faire? Laisser passer sans rien dire, et adopter sans explication, une mesure que nous ne pouvions, en conscience approuver? Deux des "trois longs mois qui nous séparaient de l'ouverture du Parlement" étaient écoulés, et le Dr Roddick avait annoncé, à Toronto, sa détermination de soumettre sa mesure à la session de février. Suivant les règlements du collège des M. et C. P. Q.—le Président sur réception d'une pétition de douze membres du Bureau demandant une séance spéciale, doit donner un avis d'un mois — il n'y avait pas de temps à perdre. Après échanges de vues avec des collègues des quatre districts, nous crûmes opportun

"de demander d'une manière régulière la convocation d'une assemblée extraordinaire du Bureau des Gouverneurs afin que", comme l'écrit l'*Union*, quoique nous l'entendions pas dans la même sens, "celui-ci put reconsidérer la position qu'il avait prise, et modifier ses résolutions s'il était nécessaire."

Les gouverneurs de Trois-Rivières demandèrent la convocation d'une telle assemblée, M. le Président fit des objections: on s'alarmait à tort etc., et surtout cette convocation ferait une large trouée dans la caisse du collège, déjà à moitié vide.

Cette objection méritait sérieuse considération et le moyen suggéré pour la tourner fut le suivant:

"Pourquoi tant se hâter, nous avons vécu trente ans sans Conseil Médical du Canada, nous pouvons bien encore filer quelques mois sans le secours de cette précieuse organisation? Si le bill est bon un léger retard ne peut le gêner, s'il est mauvais le temps, l'étude, la réflexion, la discussion en feront découvrir et corriger les défauts. Au mois de juillet, le Bureau pourra le considérer et suggérer des amendements s'il y a lieu, l'Association Médicale aura l'opportunité d'exprimer ses vues en août, enfin, dans les derniers jours de septembre, le Bureau sera en mesure de dire son dernier mot et donner des instructions précises à son comité. Ainsi tout le corps professionnel de la Puissance pourra saisir l'occasion de faire connaître son opinion par les voies constitutionnelles sans qu'il en coûte un centin additionnel."

Y eut-il simple malentendu, mauvais vouloir ou entêtement quelque part, nous n'en savons rien? la question traînant en longueur, sans aucun dénouement en perspective, la Société Médicale de Québec se prononça carrément contre la mesure et annonça sa détermination de la combattre. Les amendements offerts ce soir-là même par le Dr Roddick, justifiaient cette attitude.

Aussitôt après la Société médico-Chirurgicale de Kingston adoptait une série de résolutions demandant les amendements suivants:

- 1° Donner à Ontario six représentants, six à Québec, six aux Provinces maritimes et six aux Provinces de l'Ouest.
- 2° Accorder à chaque Faculté de médecine un représentant dans le conseil;
- 3° Au lieu de fixer le siège des examens à Montréal et Toronto, l'étendre successivement à tous les centres universitaires.

L'opposition surgissant à droite et à gauche, M. le Dr Roddick jugea prudent de retirer son bill.

Enfin l'on finissait par où l'on aurait dû commencer.

L'*Union* ne s'explique pas cette opposition au projet de loi pour deux raisons.

La première: "parcequ'elle empêche un projet de loi qui intéresse toute la profession d'être étudié à fond, à Ottawa, par nos législateurs et tous les délégués provinciaux."

Pour dire le moins, cette proposition nous paraît étrange! La profession pouvait lire et interpréter la mesure aussi bien que les neuf-dixièmes des membres du Parlement. Ensuite, parlez donc d'aller soumettre une mesure concernant les intérêts primordiaux du corps médical, aux avocats, aux notaires, aux cultivateurs, aux marchands, de la Chambre des Communes, sans consulter d'abord les intéressés!

La seconde: "le comité nommé par le Bureau pouvait facilement faire en sorte que le bill Roddick ne renfermât rien ni dans ses dispositions, ni dans sa rédaction qui fut contraire aux intérêts du C. M. et C. P. Q."

Personne ne révoque en doute l'influence, la sincérité etc., des membres du comité, mais étant *mandataires* du Bureau qu'auraient-ils représenté? L'opinion de la majorité? Quelle était cette opinion, le comité l'ignorait et l'*Union* aussi. Leur opinion personnelle? Les membres du Bureau n'avaient pas le droit de renoncer à expri-

3. Physiologie..... Amphithéâtre de Physiologie (Sorbonne).
Physique et Chimie biologique. Amphithéâtre de Physique et de Chimie (Ecole pratique).

2. SCIENCES MÉDICALES.

1. Pathologie générale..... Amphithéâtre de Pharmacologie (Faculté de médecine).
2. Bactériologie..... Institut Pasteur.
3. Anatomie pathologique..... Amphithéâtre de M. Chantemesse (Faculté de médecine).
4. Pathologie interne..... Grand Amphithéâtre (Faculté de médecine).
5. Maladie de l'Enfance..... Amphithéâtre Turgot (Sorbonne).
6. Thérapeutique..... Amphithéâtre du sud (Ecole de Pharmacie).
7. Pharmacologie..... Amphithéâtre du nord (Ecole de Pharmacie).
Matière médicale..... Galerie (Ecole de Pharmacie).
8. Neurologie..... Amphithéâtre Richelieu (Sorbonne).
9. Psychiatrie..... Amphithéâtre de Géologie (Sorbonne).
10. Dermatologie..... Saint-Louis.

3. SCIENCES CHIRURGICALES.

1. Chirurgie générale..... Grand Amphithéâtre (Ecole pratique).
2. Chirurgie de l'Enfance..... Amphithéâtre Descartes (Sorbonne).
3. Chirurgie urinaire..... Hôpital Necker.
4. Ophthalmologie..... Amphithéâtre de Chirurgie (Hôtel-Dieu).
5. Laryngologie..... Amphithéâtre n° 3 (Faculté de droit).
6. Otologie..... Amphithéâtre n° 4 (Faculté de droit).
7. Stomatologie..... Grand Amphithéâtre de l'avenue Victoria.

4. OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

1. Obstétrique..... Amphithéâtre de Physique (Sorbonne).
2. Gynécologie..... Amphithéâtre de Chimie (Sorbonne).

5. MÉDECINE PUBLIQUE,

1. Médecine légale..... Petit Amphithéâtre de la Faculté de médecine.
2. Médecine et Chirurgie militaires Grand Amphithéâtre (Val-de-Grâce).
Médecine navale..... Petit Amphithéâtre (Val-de-Grâce).
Médecine coloniale..... Amphithéâtre de chimie (Val-de-Grâce).

FORMULAIRE

MOUCHE INDOLORE.

Menthol.....	
Chloral.....	XX grains.
Beurre de cacao.....	½ drachme.
Spermacete.....	1 “
	(Med. rec.)

SYPHILIDES PALMAIRES. — OHMANU DUMESNIL.

Acide salicylique.....	6 parties.
Ichtyol.....	10 “
Cold cream.....	150 “
Frotter au coucher — mettre des gants.	
	(Bull. de théor.)

NOUVELLES.

La Presse Médicale au Congrès International de 1900.

La presse médicale étrangère organise ses délégations au Congrès de Paris ; déjà l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne, les Etats-Unis et autres pays ont constitué leurs comités d'organisation. Nous espérons que le Canada aura aussi son comité choisi, qui sera reconnu par le Bureau de la Commission d'Organisation du Congrès International de la Presse Médicale de Paris. Nous serons heureux d'aider et d'appuyer nos aînés dans l'organisation de ce comité canadien. Nous devons occuper notre place dans cette Association de la Presse Médicale, et c'est à nous de nous y faire reconnaître. Agissons.

L'Association Médical Canadienne.

Les prochaines séances de cette association auront lieu, à Ottawa, les 12, 13, 14 du mois de septembre 1900. Les membres désireront faire de cette réunion professionnelle une des plus importantes, une des plus intéressantes que l'association ait encore eues. Déjà de fortes sommes sont votées pour le succès du projet. On nous apprend que le docteur Owen, de Londres, honorera le congrès de sa présence, et lira l'adresse sur la chirurgie. Nous devons nous rallier au mouvement ; nous faire un devoir d'assister aux assemblées et de collaborer à ce congrès par nos travaux scientifiques.

NOTE

Nous espérons que nos abonnés nous pardonneront le retard survenu dans l'envoi du No. 38 ; un léger accident à nos presses en est cause. Les Nos. 38 39 seront envoyés en même temps.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Diphthérie — Coq-à-l'âne médicaux.....	213
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Du rôle de l'arthritisme dans la pharyngite granuleuse.....	315
OBSTÉTRIQUE : Le diagnostic et le pronostic de la dystocie par hydrocéphalie foetale dans le cas où la tête reste dernière.....	316
GYNÉCOLOGIE : Les ménorragies essentielles des jeunes filles.....	316
MALADIES NERVEUSES : La névrectomie comme moyen curatif de la masturbation — Tachymoses spontanées chez un neurasthénique — De l'hypothéroïdie bénigne chronique, ou myxoedème fruste.....	317
OPHTALMOSCOPIE : Examen des ongles en médecine légale — Traitement de la blépharite ulcéreuse.....	318
MÉDECINE LÉGALE : La certitude de la mort réelle.....	316
QUESTIONS ET REPONSES.....	320

Travaux Originaux

DIPHTHÉRIE
RECHERCHE

(Suite)

Même après vingt-quatre heures, le streptocoque forme sur le serum des colonies pointillées ; le staphylocoque cherche plutôt à s'étaler en trainées rubanées. Un gros coccus apparait quelquefois presqu'en même temps que le bacille diphtérique, mais sa présence est facile à constater, vû qu'il liquéfie le serum.

En résumé, le praticien doit examiner, une à une, toutes ces diverses colonies qui naissent sur le serum solidifié, dans ces vingt-quatre heures d'exposition à l'étuve, et qui pourraient être confondues avec l'agent spécifique de la diphtérie ; d'ailleurs l'examen microscopique levera tous les doutes, en démontrant nettement la différence des cocci et des bacilles.

Comme nous l'avons déjà dit, le pronostic change d'après ces diverses associations, et celles-ci sont toujours en rapport constant avec la réalité pathologique, observée à l'examen clinique. L'observateur sérieux, associant son diagnostic, basé sur les symptômes extérieurs, à celui obtenu par l'examen des cultures, verra la coïncidence parfaite des associations du bacille Loeffler avec les désordres constatés chez la personne atteinte de diphtérie. Il pourra alors, sur ces données scientifiques, énoncer un pronostic précis et instituer un traitement *ad hoc*.

D'après les différents milieux de culture, la forme du bacille diphtérique varie, comme le confirme, d'ailleurs, les intéressantes expériences de MM. Ferré et Creignon. Ces savants, avec du bacille court, ont obtenu des bacilles courts et des bacilles moyens. Ceux-ci ensemencés de nouveau ont produit des bacilles longs, sauf sur bouillon, où ils ont donné naissance à des bacilles courts. Le bacille long, sur du bouillon peptonisé, a produit du bacille court. En conclusion de tous ces faits, le praticien devra, dans son examen microscopique, reconnaître comme diphtérique tout bacille présentant une de ces trois formes, ou même ces dernières mêlées.

D'après quelles lois, cet agent microbien affecte-t-il ainsi des différentes longueurs ? La science actuelle ne peut nous le dire, mais les nombreuses expériences qui se poursuivent sur ce sujet nous dévoileront bientôt ce mystère.

Glucksmann insiste avec raison pour que le classement du bacille diphtérique, fait d'après sa longueur, soit abandonné, car celle-ci varie suivant l'âge, la nature du milieu, la température, le nombre même des colonies, etc. Il est seulement reconnu que la forme longue coïncide avec les associations les plus nombreuses, et possède surtout une grande virulence. A part de ces trois principaux caractères, le bacille de Loeffler subit quelquefois, dans les cultures, certaines formes d'involution, telle que formes de massue, de fuséau, etc.

Le bacille *pseudo-diphtérique* possède à peu près tous les caractères du bacille vrai, et se trouve dans la bouche et le nez d'individus sains. Sur serum, il forme des colonies fusiformes, plus blanches et moins nombreuses que les colonies diphtériques, à bâtonnets courts et larges. Il trouble rapidement le bouillon, et le dépôt se dépose plus vite que dans un ensemencement fait par du bacille vrai. Il se développe à la même température que l'autre, quoique plus lentement. Sur gélatine, il forme des colonies très abondantes. Sur agar, quand les cultures sont anciennes, il donne à ce milieu de culture une coloration rouge brônâtre.

Quelques bactériologistes, comme Roux, Yersin et Escherich, croient que le bacille de la diphtérie et le pseudo-diphtérique n'appartiennent " qu'à une espèce unique, à fonctions biologiques variables ".

D'après Lde Massini, il existe deux types de ces bacilles non virulents : un qui acidifie le bouillon neutre, et l'autre qui alcalise nettement ce milieu de culture. Ce bactériologiste croit que le premier est un diphtérique vrai, et que le second est un pseudo-diphtérique véritable, complètement étranger au bacille de Loeffler.

Le bacille fusiforme de Vincent peut prêter également à de nombreuses erreurs, et le microscope seul fera connaître la dissemblance qui existe entre le bacille vrai et ce bacille *fusiforme*, car les signes cliniques sont à peu près identiques. D'après Vincent, ce bacille " offre deux extrémités amincies ; sa portion moyenne est, au contraire, plus épaisse. Il en existe des formes courtes, parfois réunies par deux, bout à bout. Dans sa forme courte, il est souvent infléchi en forme de virgule. Il est parfois plus long et peut devenir même filamenteux, mais il reste reconnaissable, grâce à ses bouts amincis et à son protoplasma habituellement granuleux. Il est, surtout au début de l'angine diphtéroïde très abondant, tantôt dispersé en semis uniforme dans le champ de la préparation, tantôt groupé en amas confluent, ou même en faisceaux composés d'éléments divergents et presque radiés ".

Les essais de culture de ce bacille n'ont guère produit jusqu'ici de résultats satisfaisants ; il en est ainsi des inoculations.

M. H. Barbier a étudié un bacille en navette qu'il a rencontré soit associé au bacille de Loeffler, soit à des microorganismes divers. Les angines dans laquelle on rencontre " ce parasite accidentel " sont des angines véritablement diphtériques ou des angines septiques.

On a beaucoup discuté sur l'identité de la diphtérie aviaire et de la diphtérie humaine. Le bacille diphtérique aviaire présente les mêmes caractères (culture, formes moyenne, courte et longue), et prend le Gram, comme le bacille vrai. Il possède les mêmes associations. Cette question d'identité est encore à l'étude.

On sait que les bacilles diphtériques, se développant abondamment sur les milieux de culture, produisent une toxine, une toxalbumose. Celle-ci est obtenue en laissant croître la bacille dans du bouillon au contact de l'air, et cela pendant un temps plus ou moins long, un mois, suivant la méthode de M. Yersin, qui se sert, lui d'un courant d'air humide.

Cette toxine n'est pas la même dans tous les milieux de culture. Pour l'immunisation, l'on ne se sert que d'une toxine provenant de cultures pures ; la toxine obtenue de cultures associés sert plutôt aux expériences de laboratoire.

M. Uschinsky, dans un travail publié dans les *Archives de médecine expérimentale*, de 1893, décrit un milieu liquide, dépourvu d'albumine, qui donne pour ainsi dire de la toxine pure ; il est ainsi composé :

Eau.....	1000
Glycerine.....	40 à 50
Nacl.....	5 à 7
Chlorure de calcium.....	0, 1
Lactate d'ammoniaque.....	10
Sulfate de magnésie.....	0, 2
Biphosphate de potasse.....	1

$\frac{1}{2}$ c.c. de cette culture filtrée tue un cobaye de poids ordinaire en 36 heures. Il faut ensemer ce milieu avec des cultures anciennes. Morphologiquement, les bacilles sont identiques à ceux obtenus sur bouillon. Non filtrée, la culture possède la même virulence que celle produite sur bouillon, tandis que, filtrée, elle est beaucoup moins active. Les sels de zinc ne précipitent pas la toxine et celle-ci demeure dans le liquide.

Si l'on ajoute du sucre, dans la proportion de 50 c.c. d'une solution de glycose à 5 pour 100, à 75 c.c. de bouillon peptonisé, le bacille se développe assez rapidement, mais, comme le prouve une expérience de F. Blumenthal faite en février 1897, le bouillon ne produit pas de toxine. Donc le bouillon peptonisé à 7 pour 100 de sucre empêche la formation des toxines et devient bientôt acide.

Si l'on ajoute, à 50 c.c. de lait, par exemple, un $\frac{1}{2}$ c.c. d'une solution de bicarbonate de soude à 10 pour 100, le bacille produira une toxine des plus puissantes et des plus actives.

M. Spronck, conseille d'éviter toute acidité du bouillon, si l'on veut obtenir une toxine forte. Suivant lui, le bouillon, fabriqué avec de la viande presque putréfiée, surtout si l'on additionne ce milieu d'un peu de levure de lière, donnera une toxine arrivée à son maximum d'activité.

Pour compléter ces quelques notes sur les ensemencements et leurs produits, nous mentionnerons brièvement différents milieux de culture, outre ceux dont nous avons déjà parlé, tels que le serum solidifié, le bouillon, la gélose, etc,

M. Fochtermann préconise le suivant :

“ Solution aqueuse de 2 pour 100 d'agar, additionnée de 1 pour 100 de peptone, de 0.5 pour 100 de chlorure de sodium, et de

“ 0.3 à 0.5 pour 100 de sucre de raisin. On filtre. Le filtrat est “ chauffé pendant un quart d'heure à une demi-heure avec parties “ égales de serum sanguin de mouton ; la proportion de serum peut “ être augmentée et portée à 3 parties de serum pour 2 de la solution “ d'agar.

“ Le liquide filtré est réparti ensuite dans des tubes et stérilisé “ à la façon ordinaire.”

M. Amann prétend avoir obtenu de bons résultats avec celui-ci :

“ Au blanc d'un œuf on ajoute 0.5 pour 100 de chlorure de sodium, 1 pour 100 de peptone de viande, 1 pour 100 de sucre de “ raisin et 10 pour 100 d'eau distillée.”

“ Le mélange est versé dans une capsule de Pétri et stérilisé à “ la vapeur.”

“ On obtient de bonnes cultures à l'étuve au bout de 8 à 12 heures.”

M. Ohlmacher arrive à pouvoir donner une bonne préparation, après 4 heures d'exposition à l'étuve de tubes ensemencés à 37° C. Il ajoute, pour obtenir un résultat si rapide, une solution saturée d'hydroxyde de sodium au bouillon de viande peptonisé, jusqu'à ce que ce milieu devienne bien alcalin. Ce bouillon ainsi préparé est mélangé au serum non encore solidifié.

Ce milieu de culture doit posséder une surface molle et humide ; c'est une condition *sine qua non*. Après 18 heures d'exposition à la température ordinaire d'une chambre quelconque, le bacille apparaît assez bien pour permettre de formuler un diagnostic précis.

Ceci est important à connaître en ce sens que l'étuve n'est plus alors absolument indispensable à la culture du bacille de Loeffler.

INOCULATIONS

Ce dernier procédé, quoique donnant une certitude absolue quant à la nature et à la virulence du bacille diphtérique, n'est pas toujours à la portée du praticien, à moins que celui-ci possède un laboratoire assez complet.

D'ailleurs, l'inoculation est nécessaire seulement dans les cas douteux, lorsque l'ensemencement n'aura pas donné un résultat satisfaisant, ce qui arrive que très rarement.

Le cobaye est l'animal qui résiste le moins à l'inoculation du bacille vivant ou de sa toxine ; le lapin offre une certaine résistance plus accentuée encore chez le chien. Le rat et la souris peuvent supporter des doses considérables de toxine pure.

Les inoculations sous-cutanées de toxine se font proportionnellement au poids de l'animal, et pour connaître la virulence de cette substance injectée, l'on se base, par exemple, sur le fait que cette même toxine tue le cobaye, en un jour. Si la mort de l'animal n'arrive qu'après 3 ou 5 jours après l'inoculation, nous marquons le degré de virulence par des fractions $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{5}$.

Chez le cobaye, au point d'inoculation, un œdème prononcé apparaît bientôt, et 24 à 36 heures après, l'animal succombe. A l'autopsie, nous trouvons les poumons congestionnés, des épanchements dans les séreuses, et des hémorragies dans les capsules surrénales. Chez le lapin, qui résiste plus longtemps que le cobaye, l'on constate des paralysies, et à l'autopsie, une dégénérescence des cellules hépatiques.

Les inoculations sous-cutanées de culture diphtérique ou de toxine produisent les mêmes résultats.

Roux et Yersin ont fait expérimentalement, sur des muqueuses ou de la peau légèrement écorchée des badigeonnages de culture diphtérique, et ils ont obtenu des fausses membranes, identiques à celles qui avaient été ensemencées préalablement.

(à suivre)

Coq-à-l'âne médicaux.

Myosis pendant le sommeil. — Le docteur Robey (*Boston M. & S. J.*) fait remarquer que, chez les enfants, il a constaté que pendant le sommeil la pupille était fortement contractée (*pinhole*) et qu'elle se dilatait au réveil.

Irritabilité vésicale. — Suivant Du Chastelet (*Med. Rev.*) une injection rectale d'antipyrine produirait une anesthésie prononcée de la muqueuse vésicale; on pourrait inciser la muqueuse sans douleur.

Ulcération de la gorge et diabète. — Le docteur Freudenthal (*An. Otol. Rhin. & Lar. — N. Y. Med. J.*) dit que les ulcérations diabétiques du pharynx sont beaucoup plus communes qu'on ne le croit: ces ulcères n'ont guère de siège ni de signes spéciaux qui les puissent distinguer des lésions semblables syphilitiques ou tuberculeuses. On connaît le rôle du diabète dans la production de la pharyngite sèche. — Comme traitement une émulsion d'orthoforme a pleinement réussi.

Erysipèle. — Roswell Park recommande comme une des meilleures applications l'onguent suivant: Résorcine (ou naphthaline), 5p; ichtyol, 5p; onguent mercuriel, 40p; lanoline, 50p. Couvrir d'un tissu imperméable.

Psoriasis et antipyrine. — Roussel aurait guéri un psoriasis de deux ans, par des doses massives d'antipyrine; quatre jours après l'apparition d'une éruption antipyrine morbilleuse, le psoriasis disparaissait. La malade avait absorbé 64 grammes de médicament en 12 jours; elle avait une fièvre typhoïde d'intensité moyenne. (*Loire méd.*).

Est-ce l'antipyrine ou la fièvre typhoïde qu'il faut louer?

Spermatorrhée et prostatorrhée causées par un taenia. — De docteur Lapowsk (*J. Cut. and Gen-ur. Dis.*) rapporte un cas guéri par l'élimination d'un taenia, qui n'avait pas été soupçonné, sa présence ayant été reconnue par les œufs dans les selles.

Avortements, gymnastique et massage. — Stapfer conseille dans les menaces d'avortements la kinésithérapie, c'est-à-dire la gymnastique et le massage. Lorsque l'hémorragie est le symptôme prédominant, la gymnastique hémostatique suffit ordinairement. Le principal mouvement suggéré est l'abduction fémorale — qui consiste dans l'action combinée des muscles pelvi-trochantériens et des masses dorsales. La femme soulève le siège en s'arc-boutant sur la nuque et les talons, sans tension de la sangle abdominale; alors, respirant librement, elle écarte les genoux pendant que le médecin exerce une résistance modérée; puis le médecin rapproche jusqu'au contact, les genoux de la femme qui résiste. Cet exercice doit être

répétée deux ou trois fois par jour, et peu de mouvements chaque fois. Au besoin on ajoute du massage, sous forme de frictions circulaires et de vibrations. (*R. cin. et électro.*)

Vomissements incoercibles. — Mitchell applique sur le creux épigastrique des serviettes imbibées d'eau glacée et les change toutes les minutes, ce traitement lui a donné de beaux succès. (*Va. Semi-Monthly.*)

NIBB.

Revue des journaux

MEDECINE

Du rôle de l'arthritisme dans la pharyngite granuleuse

Par M. le Dr MARAGE, (*Acad. de méd.*)

La pharyngite granuleuse est une affection qui récidive souvent après le traitement. Quelle que soit la méthode que l'on ait employée pour modifier la muqueuse, il arrive que, six mois ou un an après, la toux recommence accompagnée ou non de petits crachats grisâtres, le timbre de la voix se modifie, la muqueuse est congestionnée, des varicosités apparaissent sur la paroi postérieure du pharynx, et parfois les crachats sont sanguinolents.

L'analyse complète de l'urine explique immédiatement ces récidives.

En effet, les malades présentent tous une hyperacidité souvent considérable; si on prend le rapport à la normale représentée par 100, on obtient des nombres qui varient entre 200 et 450.

Les autres éléments sont toujours en diminution, le chlore seul, dans certains cas, est supérieur à la normale et tend à augmenter.

A l'examen histologique, on trouve très souvent de l'oxalate de chaux seul ou avec des cellules épithéliales pavimenteuses et parfois des débris de cylindres épithéliaux rénaux.

J'ai réuni vingt-huit observations de pharyngite granuleuse avec analyse complète de l'urine; toutes les courbes sont semblables entre elles et si on prend la moyenne des ordonnées, on obtient un tracé qui montre clairement les résultats que je viens d'énoncer.

On se trouve donc en présence d'une diathèse par hyperacidité organique, et la pharyngite n'est qu'une manifestation locale d'un état général: l'arthritisme.

La pharyngite se produit parce qu'il y a diminution générale des sécrétions muqueuses par suite de leur acidité qui obture les follicules muqueux, ce qui les empêche de fonctionner.

Il s'ensuit également que la sécrétion gastrique est modifiée; il y a augmentation de l'acide du suc gastrique et, par suite, augmentation de l'appétit; aussi les malades refusent-ils énergiquement de changer de régime alimentaire, d'autant plus qu'ils digèrent bien et avec plaisir, jusqu'au jour où apparaît la dyspepsie, qui sera, comme le tracé permet de la prévoir, hypochlorhydrique et catarrhale.

La première indication thérapeutique est de diminuer l'hyperacidité, soit directement, soit par l'hygiène; mais la plupart du temps il est impossible d'obtenir des malades un changement dans leurs habitudes, j'en ai donné plus haut la raison.

Heureusement, la vieille pharmacopée nous fournit un certain nombre de médicaments qui, s'ils sont mal déterminés au point de vue chimique, ont l'immense avantage d'être bien tolérés par l'estomac.

Ce sont les substances qui activent la fonction des reins et les sécrétions des glandes de la peau.

On doit les administrer à dose faible et, autant que possible sous forme de pastilles, de manière à obtenir un effet local, en même temps qu'une action générale.

On n'a plus alors à craindre les récidives si tenaces de la pharyngite granuleuse, et le traitement local, qui a dû être fait d'abord, conservera toute son efficacité.

(*La France méd.*)

OBSTÉTRIQUE

Le diagnostic et le pronostic de la dystocie par hydrocéphalie fœtale dans le cas où la tête reste dernière.

Par M. NARICH (Smyrne)

L'hydrocéphalie dans le cas de présentation du siège est, en effet, souvent méconnue. Il s'ensuit des manœuvres fâcheuses : tractions exagérées sur le tronc, applications de forceps répétées, etc.

Le diagnostic est cependant facile. L'hydrocéphale est assez souvent atteint de pied bot, la tête n'est retenue au détroit supérieur que par la partie trop large du crâne, la face s'engage dans le bassin. Le crâne trop volumineux ferme hermétiquement et régulièrement le détroit supérieur, il le tamponne pour ainsi dire. L'existence d'une tumeur liquide au cou peut déceler les ruptures de l'hydrocéphalie. L'écartement des branches d'un instrument, forceps ou céphalotribe, appliqué sur la tête fœtale, à défaut de la palpation des fontanelles, fournit un signe incontestable de l'augmentation du volume de la tête et en donne même la mesure.

Le traitement est très simple. La ponction du rachis, suivant le conseil de Van Huevel et de Tarnier, permet l'écoulement du liquide et lève l'obstacle.

Le diagnostic a donc une grande importance, car, faute de l'avoir posé, des médecins se sont souvent livrés à des manœuvres non indiquées, infructueuses et redoutables.

(*Bull. de l'Académie de médecine.*)

GYNECOLOGIE

Les menorrhagies essentielles des jeunes filles.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Par A. SIREDEY.

Malgré la multiplicité et la variété des causes susceptibles de provoquer des hémorragies du côté de l'appareil génital, il me paraît impossible d'attribuer à toutes les métrorrhagies un caractère exclusivement symptomatique.

Il est fréquent, en effet, d'observer, au moment de la puberté, des pertes de sang qui surviennent en l'absence de toute lésion locale et de toute perturbation appréciable de la santé générale.

Certaines jeunes filles bien portantes ont, dès le début de la menstruation, une tendance marquée aux hémorragies ; sans que les phénomènes prémonitoires des règles soient plus accentués qu'ils ne le sont habituellement, l'écoulement sanguin dure, chez elles, 6 ou 7 jours, et présente une abondance exagérée. On n'attache gé-

néralement aucune importance à cette perte de sang, d'autant plus que si elle s'est accompagnée momentanément d'un peu de fatigue ou de faiblesse, tout cela se dissipe promptement ; et l'on espère que les époques suivantes amèneront une modification favorable. Bien loin de s'amender, les mêmes accidents se renouvellent à chaque période menstruelle ; le plus souvent même l'abondance et la durée de l'écoulement sanguin augmentent peu à peu, avec une progression régulière. Or l'examen le plus minutieux ne révèle aucune tare, les ménorrhagies se succèdent, se rapprochent, la faiblesse augmente sans que l'on puisse constater la moindre lésion organique pour expliquer ces pertes de sang.

Cette situation se prolonge durant plusieurs mois sans qu'on y prenne garde : en général, on se préoccupe beaucoup plus des retards ou des interruptions des règles que de leur abondance. Comme l'a très judicieusement fait remarquer Dauchez, à côté des jeunes filles ménorrhagiques, on trouve fréquemment des mères ou des sœurs qui présentent les mêmes accidents. On s'accoutume volontier à considérer ces misères comme faisant partie des traditions de la famille et on les accepte avec une résignation qui n'est pas exempte de fierté, car tout le monde ne saurait avoir un sang aussi riche.

Cependant la santé générale, qui n'en souffrait pas beaucoup au début, commence à être menacée ; les téguments et les muqueuses se décolorent, les forces et l'appétit s'en vont, les symptômes d'anémie s'accroissent et à mesure que la plasticité du sang diminue, les hémorragies deviennent plus abondantes et prolongées.

Pour les parents, c'est l'anémie qui est cause de tout le mal, et leur sollicitude se manifeste par l'administration spontanée de toniques variés dont les amers, le quinquina, le kola, les préparations ferrugineuses et phosphatées forment la base. On emprunte à la 4^e page des journaux des médicaments pour stimuler l'appétit, pour relever les forces, pour accroître la richesse du sang, etc. Or ces substances prodiguées à tort et à travers, surtout à tort, ne font que compromettre l'alimentation en troublant les voies digestives, en même temps qu'elles excitent la circulation et facilitent le retour des hémorragies.

En revanche, rien n'est changé dans la vie de la jeune fille : elle suit son programme habituel de leçons, de cours variés de promenades, de courses hâtives ou des travaux pénibles, suivant les conditions, associant ainsi souvent le surmenage physique au surmenage intellectuel.

Il n'est pas rare qu'on y ajoute encore de nouveaux éléments de fatigue sous prétexte de lui procurer de l'exercice et de la distraction.

Grâce à ce régime, les pertes de sang augmentent, elles durent 10 ou 12 jours à chaque époque menstruelle pour disparaître 15 ou 18 jours après qu'elles ont cessé. Parfois même elles sont presque ininterrompues, la recrudescence de l'écoulement restant le seul vestige de sa périodicité, puis elles deviennent irrégulières et les hémorragies alternent capricieusement avec l'aménorrhée.

C'est ainsi que beaucoup de jeunes filles s'acheminent peu à peu vers un état d'anémie grave. Elles présentent alors des symptômes très complexes qui se rapprochent sensiblement de ceux de la chlorose ; la pâleur mate, l'essoufflement, les troubles digestifs et nerveux, les souffles vasculaires, sont bien faits pour tromper le médecin qui les examine à ce moment. Il est probable que beaucoup de cas considérés comme appartenant à la chlorose ménorrhagique rentraient en réalité dans ces anémies secondaires. Ainsi que l'a bien établi M. le professeur Hayem, les chlorotiques sont essentiellement aménorrhéiques ; celles qui ont des ménorrhagies et qui présentent un développement exagéré des organes génitaux, coïncidant avec une hypoplasie vasculaire (Virchow) ne se rencontrent que d'une manière exceptionnelle,

Or, il n'est pas indifférent de commettre cette erreur, puisque le diagnostic de chlorose a pour corollaire la médication ferrugineuse qui, très souvent, exagère les hémorragies.

L'examen du sang ne révèle chez ces malades ni les irrégularités dans la forme et dans le volume des globules, ni la pénurie de matière colorante qui caractérisent les altérations hématiques de la chlorose.

Un interrogatoire minutieux suffira d'ailleurs pour mettre sur la voie du diagnostic.

Lorsqu'il s'agit de la chlorose, la décoloration des téguments, la faiblesse, les troubles nerveux, loin d'avoir été précédés par des pertes de sang, s'observent en général après la suppression des règles, et on les voit diminuer, puis disparaître quand la menstruation est rétablie.

Ici, au contraire, les pertes de sang ont bien réellement constitué le premier trouble de l'organisme, et c'est en cela que s'affirme leur caractère essentiel. La santé a décliné d'une manière progressive en raison de la fréquence et de l'intensité des hémorragies. Il est donc rationnel de considérer ces ménorragies comme la cause primordiale de tous ces désordres.

L'examen le plus minutieux ne permet de rattacher ces pertes de sang à aucune lésion génitale appréciable, et quand on suit ultérieurement ces malades, on ne constate chez elles, à un âge plus avancé, ni corps fibreux, ni altérations ovariennes. Quelques-unes de celles que j'ai observées se sont mariées et ont eu des enfants, et rien n'a dénoté plus tard chez elles l'existence d'une tare quelconque du côté des organes génitaux, non plus qu'une maladie du cœur, des vaisseaux, ou de quelque autre appareil de l'organisme.

Dauchez, dans son intéressant travail, a déjà étudié ces ménorragies de la puberté, et il a été frappé du rôle que semblait jouer l'hérédité dans leur production, les mères ou les sœurs des malades ayant présenté fréquemment des accidents du même genre. Mes observations concordent à ce point de vue avec celles de Dauchez, mais l'hérédité similaire n'est nullement indispensable. Ce que l'on rencontre constamment dans les antécédents personnels ou héréditaires de ces jeunes filles, ce sont des manifestations neuro-arthritiques (rhumatisme, goutte, lithiase, obésité, asthme, migraines, névroses, etc.).

Il semble que, dès l'origine, la fluxion utéro-ovarienne physiologique soit exagérée par des influences diathésiques éminemment favorables aux poussées congestives. Ces tendances ne se manifestent-elles pas dans un certain nombre d'états pathologiques divers ?

On connaît la fréquence de l'épistaxis chez les enfants arthritiques, la facilité avec laquelle se produisent chez eux l'urticaire ou les autres efflorescences cutanées, et il n'y a aucune exagération à penser que l'ovulation s'accompagne d'une hyperesthésie excessive de l'appareil génital, entraînant une perte de sang anormale. Mais si la prédisposition héréditaire joue un rôle prépondérant dans la production de ces accidents, elle est singulièrement aidée par une foule de causes occasionnelles : la marche, l'équitation, la bicyclette, la danse, qui rendent de réels services dans d'autres cas, en stimulant la circulation pelvienne, deviennent ici dangereuses, parce qu'elles contribuent à exagérer des tendances congestives. Il en est de même de tout ce qui peut hyperémier directement ou indirectement l'appareil génital : l'usage de la machine à coudre à pédale, la station debout prolongée, les excitations sexuelles, etc., sont également des causes de congestion. Ce sont ces indications pathogéniques qui doivent diriger la thérapeutique de ces accidents.

(à suivre)

Maladies nerveuses

La nevréctomie comme moyen curatif de la masturbation.

MM. C. Clark et H. Clark ont, dans un cas rebelle de masturbation, recouru à une opération nouvelle, destinée moins à empêcher en quelque sorte l'acte mécanique qu'à détruire toute sensation voluptueuse.

L'opération, faite sur un vésanique de l'âge adulte, consista dans la résection d'une partie des nerfs péniers.

L'incision porta sur la face dorsale de la verge, à environ un demi-pouce de sa racine. Les nerfs, au nombre de deux, furent assez difficiles à isoler, mais on y arriva pourtant avec un peu de patience ; il en fut réséqué un centimètre.

Le résultat répondit aux espérances. La funeste habitude cessa, par manque de jouissance. L'état mental du sujet bénéficia d'ailleurs également de ce changement. Il n'y eut pas d'atrophie testiculaire consécutive.

Il est évident qu'une pareille opération entraînant l'abolition des sensations génésiques et du pouvoir érectile de la verge, ne doit pas être généralisée sans raison, ainsi qu'il a été fait pour la clitoridectomie. C'est particulièrement chez les jeunes gens plus ou moins sujets à la masturbation temporaire qu'il faut se garder d'un pareil excès. Mais chez les vésaniques et les vicieux incorrigibles, l'opération proposée doit être tenue en considération.

(Lancet, Bull. méd.)

Techymoses spontanées chez un neurasthénique.

Société de neurologie de Paris.

Par G. ETIENNE (de Nancy).

Les ecchymoses spontanées chez les neurasthéniques sont rares, puisque Houcix de la Brousse (Thèse de Paris 1898) n'a pu en réunir que six cas dans la littérature médicale. En voici un nouvel exemple :

M. X..., âgé de 32 ans, atteint il y a six ans d'une syphilis qui évolua très simplement et depuis longtemps sans manifestation, est un neurasthénique bien caractérisé, présentant notamment de la céphalée frontale grave, et de la syphilophobie. Malgré des insistances répétées depuis plusieurs années, je n'ai pu obtenir qu'il prit un congé un peu prolongé (fonctions universitaires).

Le 19 janvier 1898, le matin en s'éveillant il constate la présence d'ecchymoses purpuriques ; un long tractus hémorrhagique, long de sept centimètres, large de cinq millimètres, presque horizontal, siège à la racine du membre supérieur droit ; il est accompagné de quelques lignes semblables, longues de deux à trois centimètres au-dessus de la clavicule, dirigées dans le même axe.

Au dessous, à la face antéro-interne du bras droit est une large tache constituée par un pointillé hémorrhagique.

Une tache semblable, mais plus distincte, absolument symétrique, siège à gauche. A une heure, lorsque je vois les lésions, le purpura est déjà atténué, surtout au niveau des placards pointillés ; aucune modification des sensibilités.

N... ne sait à quoi attribuer cet accident.

Mais il existe chez lui une prédisposition certaine au purpura, car à deux reprises une poussée de petites ecchymoses s'est produite aux jambes à l'occasion du traitement ioduré.

Actuellement, il n'a pas pris d'iodure depuis plusieurs mois.

Je me borne à indiquer l'analogie de forme des ecchymoses, en vibices, dans ce cas d'ecchymoses dans la neurasthénie, et dans une observation du purpura spontané hystérique.

M. Gilles de la Tourette. — Les ecchymoses spontanées sont fort rare dans la neurasthénie, et les observations qu'on en a publiées ne parviennent pas à me convaincre, je me demande si, dans ces cas, le pupura ou l'hystérie ne sont pas en jeu.

De l'Hypothyroïdie bénigne chronique, ou Myxœdème fruste.

Par E. HERTOGHE (d'Anvers).

Hertoghe a déjà soutenu l'unité dysthyroïdienne étiologique de toutes les formes de l'infantilisme.

Je pense que tous les infantiles, quels qu'ils soient, même ceux qui ont une taille supérieure à la normale, sont des dysthyroïdiens; la preuve en est que les variétés les plus dissemblables d'infantilisme se retrouvent dans une même famille et que le traitement thyroïdien est vivement ressenti dans toutes les formes d'infantilisme.

Les diverses causes morbides, l'alcoolisme des parents la syphilis héréditaire, le paludisme, etc., impriment à leurs victimes un cachet propre, mais toutes ont commencé par amoindrir l'activité thyroïdienne; de là vient la similitude des lésions, toutes d'ordre trophique en présence de la multiplicité et de la diversité causales. La notion d'infantilisme doit d'ailleurs être beaucoup élargie; l'hypothyroïdie n'entraîne pas nécessairement l'arrêt ou le retard du développement; elle peut se borner à être la cause d'infantilismes partiels, infantilisme de l'appareil vocal, du système pileux, du système dentaire, de la vessie, de l'appareil visuel, etc. L'hypothyroïdie de l'enfant peut en somme être assez réduite pour que l'âge adulte arrive à être atteint et que le sujet évolue dans la vie sans trop attirer l'attention par son myxœdème fruste, dont les symptômes sont attribués à des causes bien éloignées de la cause réelle.

C'est ce myxœdème fruste, appauvrissement thyroïdien bénin ou mieux hypothyroïdie bénigne chronique que Hertoghe étudie méthodiquement chez l'adulte. Pour arriver à en déterminer les caractères l'auteur s'est servi de trois méthodes: 1° Étant donné un enfant nettement dysthyroïdien, il remonte aux parents et surtout à la mère, note tous les désordres que celle-ci présente ou a présentés; Hertoghe a interrogé et examiné ainsi nombre de mères, d'enfants nains, ou arriérés, ou rachitiques, ou infantiles, tous hypothyroïdiens d'après lui; il est remarquable que ces femmes ont un faciès et une allure spéciales, et aussi un ensemble de phénomènes pathologiques toujours les mêmes; Hertoghe, persuadé de l'hérédité de l'hypothyroïdie, les attribue à l'hypothyroïdie latente de la mère. 2° Le deuxième mode d'investigation consiste à guérir le myxœdème franc, puis à observer le malade qui, abandonné à lui-même, ne tarde pas à négliger le traitement thyroïdien. Alors, tandis que le myxœdème se reforme, on note l'apparition des symptômes: ce sont précisément ceux qu'on rencontre constamment chez les mères d'enfants nettement hypothyroïdiens. 3° Enfin un dernier mode d'investigation consiste en l'application du traitement thyroïdien aux troubles soupçonnés d'hypothyroïdie; le champ de la thyroïdothérapie embrasse tout le myxœdème, soit franc, soit fruste mais il ne s'étend pas au delà; la médication thyroïdienne guérit ce groupe de symptômes que les deux premières méthodes d'investigation avaient fait connaître; ils sont donc bien les symptômes de l'hypothyroïdie bénigne.

Étiologie. — L'insuffisance thyroïdienne est essentiellement héréditaire; on ne devient pas hypothyroïdien, lorsqu'on l'est c'est qu'on l'a toujours été. Tous les grands factums morbides capables d'altérer la constitution, l'alcoolisme, la misère, les influences spécifiques à Venère, etc., exercent sur le corps thyroïde une action déprimante qui se traduit à la génération suivante par l'hypothyroïdie à des degrés variés.

Symptomatologie. — La femme adulte atteinte d'hypothyroïdie bénigne chronique paraît plus âgée qu'elle est en réalité; elle grisonne de bonne heure, ou bien les cheveux tombent; les sourcils tombent dans leur tiers externe. Les dents se carient de bonne heure et les gencives sont rouges et molles. Les fosses nasales sont rétrécies et s'obstruent facilement. L'adenoidie se retrouve à tous les degrés. Les hallucinations (Murray), les bourdonnements d'oreilles sont fréquents; une céphalalgie prise pour la migraine est constante; il y a une rachialgie spéciale, des douleurs rhumatoïdes. Hertoghe insiste sur les ménorrhagies, les réflexions de l'utérus, l'hémophilie générale dysthyroïdienne, sur l'oppression, les douleurs du foie et la calculose biliaire, la constipation, les troubles du sommeil, de la température, de l'intelligence, etc., les symptômes ne valent que par leur ensemble, isolément ils ne signifient rien. Le teint ambré, plaqué de rouge, l'infiltration des paupières, l'obésité commençante, l'œdème, le gonflement des mains et des pieds appartiennent au myxœdème franc, l'hypothyroïdie bénigne chronique existe sans ces symptômes.

Marche de la maladie. — L'hypothyroïdie chez les enfants tend manifestement vers la guérison. L'enfance est longue, mais lorsque la maladie est peu accentuée et que le sujet est dans de bonnes conditions d'hygiène, il finit par arriver à son développement complet. Chez la femme adulte, la tare dysthyroïdienne se réveille sous des influences morbides diverses, notamment la grossesse; la femme atteinte d'hypothyroïdie bénigne chronique mettra au jour des enfants nettement dysthyroïdiens.

Traitement. — L'injection de thyroïdine est la pierre de touche de l'hypothyroïdie bénigne chronique, mais encore faut-il savoir appliquer le traitement. Il faut d'abord éviter d'aller trop vite sous peine de voir l'excès de thyroïdine faire naître de nouveaux symptômes. Il faut supprimer l'alcool dont les hypothyroïdiens ont une tendance générale à rechercher le coup de fouet. Il faut abandonner les bains froids et tout ce qui soustrait du colorique et adopter les bains chauds, les boissons chaudes. Avec la thyroïdine on obtient des cures vraiment brillantes et l'on fait disparaître une foule de symptômes: la céphalalgie, la rachialgie, la calvitie, la constipation, les raideurs et douleurs rhumatoïdes, les douleurs hépatiques, la somnolence; on diminuera l'oppression. Les troubles hémorrhagiques de l'utérus obéissent merveilleusement à la thyroïdine dont l'action sur la réflexion de l'utérus des vierges, sur la résolution des fibromes est aussi très manifeste.

(Nouv. Sconog. de la Salpêtrière. — Rev. Neu.)

OPHTALMOSCOPIE,

Traitement de la blépharite ulcéreuse.

Dans les cas de blépharites ulcéreuse rebelle, ayant résisté à tous les traitements, on se trouvera bien, d'après M. H. Coppez, de la thérapeutique suivante:

1° *Épiler soigneusement les paupières.* Si la blépharite est localisée, on épilera seulement les parties malades; sinon on épilera les quatre paupières, une par séance.

L'épilation se pratique au moyen d'une pince à cils. Il faut épiler les cils un par un et non pas les saisir par touffes ce qui est fort douloureux. On voit souvent, le lendemain de l'épilation, une quantité de petits abcès gros comme des têtes d'épingle, s'échelonner tout le long du bord palpébral. On se bornera à les ouvrir au moyen d'une aiguille stérilisée. Ils guérissent en deux ou trois jours.

2° Le malade se lavera les yeux, matin et soir, pendant dix minutes, avec la solution suivante, additionnée de trois fois son volume d'eau tiède :

Oxycyanure d'hydrargyre..... 30 centigram.
Chlorure de sodium..... 3 grammes.
Eau distillée..... 500 "

Le malade emploiera des bourdonnets d'ouate pour lotionner. Il enlèvera ainsi toutes les croûtes qui pourraient se former sur le bord des paupières.

3° Une fois par jour, le médecin fera des *attouchements au crayon de pyocétanine bleue*. Voici comment on procède :

Les paupières étant bien sèches et tous les cils malades enlevés, le médecin trempe le crayon dans l'alcool et le tamponne sur un morceau de gaz jusqu'à ce que le crayon n'y laisse plus qu'un tracé violet pâle. Il le promène ensuite sur le bord ulcéré de la paupière. Cette application n'est nullement douloureuse. Si le malade craint de paraître ridicule avec les paupières bordées de violet, on peut lui prescrire des verres fumés, forme coquille, qui masqueront très suffisamment la teinte violette et la pyocétanine.

4° Surveiller l'état des voies lacrymales et traiter comme il convient les complications qui peuvent se produire de ce côté.

5° Relever l'état général. — S'il s'agit de jeunes enfants lymphatiques, avec tendance aux engorgements ganglionnaires, on prescrira :

Sirop iodo-tannique..... 500 grammes.
Liquueur de Pearson..... 10 "

Deux cuillerées à soupe par jour.

S'il s'agit de jeunes filles à la période de croissance, on donnera de préférence :

Liquueur de Fowler..... } à 10 grammes.
Teinture de malate de fer }

Dix gouttes dans un verre d'eau au moment du principal repas.

6° *Prescriptions hygiéniques*. — Eviter la lumière, la fumée du tabac, l'air confiné, longues promenades au grand air. Ablutions à l'eau salée froide le matin. Eviter la constipation, les mets irritants, épicés, surtout les poissons de mer et les crustacés.

Ce traitement est assez désagréable à suivre, mais, surtout dans les cas désespérés, il donne des résultats merveilleux.

(Presse méd.)

Medecine Legale.

Examen des ongles en medecine legale.

Dans certaines circonstances, il peut être du plus haut intérêt de pouvoir établir sur le cadavre s'il s'agit d'un homme qui pendant la vie était gaucher ou droitier, par exemple, lorsqu'il s'agit de l'étude comparée du poids des deux hémisphères cérébraux. D'autre part cette question peut avoir une importance considérable en médecine légale, lorsque, par exemple, il s'agit d'établir si une plaie a pu être produite par la main du blessé lui-même ou bien si elle a été faite par un agresseur.

On recourt dans ce but à la mensuration de la largeur et du volume des poignets ; mais ce procédé permet facilement des erreurs dans les limites de quelques millimètres, car il s'agit de parties molles facilement compressibles ; or la différence entre la largeur du poignet droit de celle du poignet gauche ne dépasse pas plusieurs millimètres ; d'un autre côté, le volume de la main sur le cadavre

varie beaucoup selon la situation de cette main au moment de la mort, c'est-à-dire du degré de son hyperémie et d'imbibition cadavérique. On voit donc que cette base donne difficilement des chiffres absolument exacts.

En 1898, M. Regnault a communiqué à la Société d'anthropologie les résultats de ses recherches sur les dimensions comparées des ongles des doigts des deux mains ; cet auteur est arrivé à des conclusions très importantes, à savoir que sauf de rares exceptions (3 %) chez les droitiers, les ongles de la main droite sont plus larges que ceux de la main gauche, et que c'est l'inverse qu'on observe chez les gauchers.

M. A. Minakok (*Mebitz. Oboz.*) a repris ces recherches en examinant non seulement la largeur des ongles de deux mains en général, mais encore en établissant la différence dans la largeur des divers ongles de la main entre eux. Ces études l'ont amené aux intéressantes conclusions que voici. Chez les droitiers, les ongles de la main droite sont plus larges que ceux de la main gauche ; chez les gauchers, les ongles de la main gauche sont plus larges que ceux de la main droite. Chez ceux qui se servent indifféremment des deux mains, les ongles des doigts homonymes des deux mains ont la même largeur. La différence de largeur des ongles homonymes des doigts des deux mains est de 1/4 à 2 millimètres, rarement plus grande.

Chez quelques droitiers, le total des chiffres qui représente la largeur des ongles de la main droite peut parfois être inférieur à celui de la main gauche ; cette anomalie est généralement la conséquence d'une affection d'un ou de plusieurs ongles et de la déformation de ces derniers.

Chez les adultes comme chez le fœtus, c'est l'ongle du pouce qui est le plus large ; la largeur des autres ongles va en décroissant dans l'ordre suivant : médium, annulaire, index et auriculaire (1, 3, 4, 2, 5).

Les ongles de la main droite sont chez les droitiers généralement plus aplatis que ceux de la main gauche ; c'est l'inverse qu'on observe chez les gauchers.

Les ongles de l'index et du pouce, sont les plus aplatis, ceux de l'auriculaire et de l'annulaire le sont le moins (2-1, 3, 5-4).

Chez l'adulte les ongles sont plus incurvés que chez le fœtus, mais un peu moins que chez le jeune enfant.

L'aplatissement des ongles est dû au travail physique qui exige la compression des phalanges (violonistes). Si les ongles sont coupés très souvent et très bas ou bien s'ils sont rongés, ils deviennent plus droits et très aplatis.

L'épaisseur des ongles diminue du pouce vers l'auriculaire dans le rapport de 60 ; 51 ; 46 ; 52 ; 41 ; l'ongle du petit doigt est donc une fois plus mince que celui du pouce.

Toutes conditions égales d'ailleurs, les ongles sont d'autant plus larges que le périmètre thoracique est plus considérable.

L'auteur est d'avis que ces mensurations permettent d'obtenir des données beaucoup plus précises (quand il faut établir s'il s'agit d'un droitier ou d'un gaucher) que la mensuration de la largeur et du volume des poignets.

(Médecine moderne.)

La certitude de la mort réelle.

Par J. LABORDE.

La mort *extérieure*, objective de l'organisme, constituée par la suspension des manifestations fonctionnelles extérieures, notamment de la fonction cardio-respiratoire la plus essentielle à la vie, n'est pas la mort *achevée*, définitive ;

Tandis que l'organisme a cessé de vivre en *dehors*, il vit en *dedans*, c'est-à-dire que la vie continue, d'une façon latente, par la persistance des propriétés fonctionnelles inhérentes aux éléments et aux tissus organiques ; persistance qui peut être utilisée pour la ranimation de la vie totale ;

La limite maxima de cette persistance, en fonction de temps, est, en moyenne, de *trois heures* après la *mort extérieure* ;

D'où il résulte que la *mort apparente*, physiologiquement conçue et définie, résiste dans cette durée fonctionnelle, latente des propriétés des tissus et des éléments organiques, et que sa durée est, en moyenne de *trois heures*, pendant lesquelles peut être réalisé le *rappel à la vie* du cadavre *apparent*, par un moyen approprié et suffisamment puissant ;

Ce moyen le mieux approprié et le plus puissant de tous — ainsi que la démonstration en est faite, d'ores et déjà, tant par les faits expérimentaux que par les faits pratiques — est le procédé des *tractions rythmées de la langue* ; procédé d'ordre essentiellement physiologique, basé sur la détermination et l'étude d'un phénomène biologique fondamental ; le *reflexe cardio-respiratoire*, lequel constitue la fonction primordiale de la vie ; la fonction respiratoire ;

L'application systématisée de ce procédé ne réalise pas seulement le moyen le plus puissant et le plus efficace de ranimation de la fonction cardio-respiratoire, et par suite de la vie, dans toutes les conditions d'*asphyxie* et de *mort apparente*, il constitue, de plus, par son *action négative*, c'est-à-dire par son emploi infructueux pendant la période moyenne de *trois heures* après la *mort objective*, et au delà, un *signe certain* de la *mort réelle* ;

Le procédé de *tractions rythmées de la langue* transformé en procédé *mécanique automatique*, grâce à un appareil approprié, fournit le *signe automatique* certain de la *mort réelle* ; signe accessible à tous, et, conséquemment, réalisé dans les meilleures conditions de vulgarisation ; en même temps qu'il constitue du même coup, et solidairement, le moyen le plus efficace de ranimation, de véritable *résurrection*, toutes les fois qu'elles sont possibles ;

Etant donné la détermination, à la fois expérimentale et pratique, de la limite maxima de la persistance latente des propriétés fonctionnelles qui constituent la *mort apparente* et le *substratum* organique et fonctionnel de la ranimation en question, et cette limite étant en moyenne de *trois heures*, le *tracteur automatique* de la langue doit, en conséquence, continuer à fonctionner sur le cadavre *apparent*, et à par'ir du moment le plus rapproché de la *mort extérieure* ou *objective*, au moins pendant *trois heures* ;

Et afin d'assurer, sans le moindre doute possible, à la fois la *certitude* de la *mort* et l'impossibilité confirmée de la ranimation provoquée, cette continuation de fonctionnement pourra et devra être réalisée au delà de la limite en question, soit en *doublant*, ou même en *triplant* facultativement cette durée.

Ainsi se trouve résolu, dans son *postulatum* essentiel d'application et de vulgarisation pratiques, avec la base scientifique, le problème troublant de la *certitude* de la *mort*, et solidairement du *traitement rationnel* de la *mort apparente*.

Cette application, pour porter tous ses fruits, n'attend plus que la création généralisée et l'organisation qui s'imposent, et qui ne manquent guère qu'à notre pays, de *dépôts mortuaires*.

C'est une question sur laquelle je me propose de revenir prochainement à cette tribune.

Mais, en attendant, il m'est permis d'affirmer ici, avec la sincère et profonde conviction qui m'anime, à la suite de mes longues et patientes recherches, et après les résultats positifs auxquels elles m'ont conduit et que je viens d'exposer, en les résumant de mon mieux ; il m'est permis d'affirmer que si l'on veut, dans le cas de la *mort*, et quelle qu'en soit la cause, avoir la *certitude* que cette *mort* est *réelle* et définitive, et par là acquérir l'assurance que la ranima-

tion consécutive du cadavre *apparent* est devenue impossible, il sera nécessaire de recourir au plus tôt au procédé des *tractions rythmées de la langue* et de le mettre en pratique, sans désespérer, durant *trois heures* au moins, et au plus *six* et même *douze heures*, pour toute certitude, soit à l'aide de la main et de notre pince à traction (et alors en se relayant) ; soit, ce qui est à tous égards préférable en l'espèce, à l'aide du *tracteur automatique*.

(Bull. de méd.)

QUESTIONS ET REPONSES

- 17°-1° Comment constater l'absence ou la présence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, par un procédé simple ?
- 2° Quel réactif différencie l'acide chlorhydrique de l'acide lactique ?
- 3° Différence entre le sable provenant de la lithiase biliaire et de celui de la lithiase intestinale ainsi que les procédés pour les distinguer.
- 4° Mixture Lafayette dans le cas de cystite chronique, telle que recommandée dans *Practical Medecin* ?

Dr L.

Monsieur et cher Confrère,

Au chapitre "Questions et réponses" de votre n° 36 du 7 courant le Dr L. demande sous la rubrique 17°-4° la formule de la mixture Lafayette.

Je ne sais si vous avez déjà reçu réponse à ce sujet et crains biens, comme les "carabiniers d'Offenbach", d'arriver après la bataille, mais le nom me paraissant familier j'ai cherché la composition de la dite mixture et l'ai trouvée au haut de la page 31 de Hayden (Jas. Z.) a manual of venereal diseases (Lea Bros. & Co, Phila. 1896). La voici :

R Bals. copaib. une once, Liq. potass. deux drachmes, Etr. glycirrh. une demi once, Spts aetheris nitrosi, une once, Syr. acaciae six onces Ol. gaulther. gtf. XVI, M. S : un à deux drachmes, dans de l'eau après chaque repas.

J'éprouve toujours un sensible plaisir quand j'aperçois dans mon courrier votre "Revue" qui me rappelle un peu nos journaux de France.

Votre tout dévoué,

J. V. BECELAERE.

Détroit, Michigan.

[Nous publions avec plaisir cette bienveillante lettre du docteur et nous le remercions cordialement et des renseignements donnés et de ses sympathiques paroles.]

La rédaction.

AVIS

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur le changement d'adresse du bureau d'administration, qui sera à l'avenir au No. 1051, rue St-Denis.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Filles ou garçons, à volonté — Coq-à-l'âne médicaux.....	321
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac — Les hémianesthésies capsulaires expérimentales — La cirrhose biliaire spléno-magalique — La méralgie parasthésique.....	322
GYNÉCOLOGIE : Les ménorragies essentielles des jeunes filles. (Suite).....	324
CHIRURGIE : Transplantation périphérique d'un nerf — Traitement des ulcères de la jambe par la méthode d'Unna.....	325
OBSTÉTRIQUE : Le relâchement des symphyse et les arthralgies pelviennes d'origine gravidique.....	326
THÉRAPEUTIQUE : Traitement de la syphilis par des sachets de mercure (procédé de Welandér) — Procédé rapide de cure mécanique de l'anasarque.....	326
PÉDIATRIE : Traitement de l'insomnie des enfants — La désinfection dans la rougeole.....	327
BIBLIOGRAPHIE.....	328

Travaux Originaux

Filles ou garçons — à volonté !

Encore le sexe à volonté. Le Dictionnaire infernal nous avait pourtant donné depuis jadis des renseignements bien précis pour contrôler le sexe du futur embryon et pour créer de beaux enfants — l'organothérapie jouait un certain rôle dans cette sélection, si je m'en rappelle bien — mais personne ne semble les avoir bien mis en pratique, — moi-même qui les avais lu attentivement avant de convoler, ne les ai pas suivis, — puisqu'à tout instant surgissent de nouvelles théories, de nouvelles suggestions.

Schenck a brillé, Schenck s'est éteint ; et voilà que maintenant une femme s'en mêle ! A la bonne heure ! le résultat sera probablement meilleur, idéal et dorénavant — pour sûr — nous aurons des poupons ou des pouponnes au gré de nos désirs. Heureux parents ! Heureux nous-autres !! La procréation devient mathématique : se sera du calcul infinitésimal, du calcul intégral ! Cette savante, en procréation, nous promet même plus que la simple production d'un fiston à volonté ; on pourra, en choisissant le temps opportun, le rendre efféminé ou viril ; de même, si on le désire, on pourra se payer le luxe d'une fille garçonnière. Vous verrez tout à l'heure comme c'est mathématique — n'oubliez pas d'insister après ceci pour faire apprendre le calcul dans les écoles élémentaires et supérieures — comme c'est transcendantal, comme c'est "fin de siècle. A dater d'aujourd'hui, nous pourrions lire, dans l'album, dans le registre de famille des items comme suit. Dans une famille où le père parle peu, et est un peu gêné, mais où la femme est forte : — "Jean Loquace, né le....., créé 9½ jours après la menstruation, afin qu'il fut garçon, mais qu'il pût posséder certaines vertus de sa mère qui manquaient chez le père : une mobilité raisonnable de l'organe de la parole articulée, un certain développement de la pomme d'Adam, le pouvoir de commander, de régir, l'aplomb nécessaire pour mener seul une maison, etc." Là ! ne trouvez plus économis-

tes, hygiénistes, philanthropistes, moralistes et une foule d'autres is-tes ! Eureka ! Le moyen infallible pour améliorer la race humaine — sans nuire à l'amour — est tout trouvé. Oh ! famille d'ataviques, renseignez-vous et purgez votre race ! Vous dégénérés, régénérez-vous en épousant des personnes saines et vigoureuses. C'est le temps de dire : Plaudite, gentes ! C'est le moment de hisser le pavillon — vous croyez que je vais hésiter pour savoir lequel ? oh ! non ; il n'est plus question de Ladysmith, mais de Lady Davis ; c'est une Américaine ; donc, le pavillon américain. Mais ce n'est pas tout ! Il y en a pour rendre tout le monde heureux ; jugez-en. Il y a aussi une époque — qui existait avant la découverte actuelle, mais qui maintenant réexiste ! — pendant laquelle on peut répéter comme Laurent XVIII : "mais pour Bettina, pas de danger !" C'est complet, comme vous voyez. N'est-ce pas qu'il y a de quoi réjouir les cœurs de tous... et de toutes ? Mais je ne vous ai pas encore dit comment... faire, comment madame la docteresse — car elle est docteresse en médecine — J. Griffith Davis vous conseille de faire pour être heureux ! Vous avez hâte, je le vois. Vous avez une fière démanigaison, ami lecteur, de pouvoir dire avec conviction, à votre chère moitié : "Il y a longtemps, ma bonne amie, que tu souhaites un garçon ; eh bien ! à telle date, ça y sera !"

On connaît donc, enfin, le secret antdiluvien, le secret du paradis terrestre ! C'est singulier qui — car elle le connaissait ce secret — n'ait pas fait de celui-là ce que ses descendantes font des leurs. Mais, après tout, c'est à une d'elles que revient la célébrité.

Ah ! si nos..... tiens, mon ami, vous êtes pressé ; vous avez une peur bleue que je ne me perde en réflexions, que je n'arrive jamais au secret, que je ne vous le dévoile pas et que je vous laisse après avoir joué aux quilles avec vos émotions. Tiens, pauvre impatient, comme ce n'est pas une annonce que j'écris et qu'au bas de la colonne je ne vous conseillerai pas une douzaine de pilules quelconques ou un élixir infallible, je vais renoncer à mes réflexions pour le moment, et vous faire part du secret de madame, ou mademoiselle, Davis. Ecoutez-bien.

Le docteur Davis reconnaît dans le cycle des vingt huit jours de la vie menstruelle trois phases pendant chacune desquelles la susceptibilité à l'impregnation varie pour le sexe à procréer. Ainsi à dater de trois jours avant la menstruation jusqu'à huit après celle-ci, il ne se formerait que des filles ; du dixième au quinzième jour après les règles il ne se créerait que des garçons. Le neuvième jour serait neutre, et le résultat de la fécondation alors incertaine. Pendant cette période intermédiaire neutre, on pourrait avoir des jumeaux de sexe différent ; ou si une fille est procréée elle aura des caractères masculins — une garçonnière — ; si un garçon vient à se former il sera efféminé.

L'époque de l'immunité — encore un point social important, — serait du quinzième jour après la menstruation jusqu'au troisième qui précède l'époque attendue.

Le docteur base son expérience sur des faits nombreux dont elle a été témoin ; sa théorie est assise sur la loi des vibrations. Pendant l'époque menstruelle les vibrations (sexuelles ??) seraient plus élevées, plus vigoureuses chez la femme et elle engendrerait des filles. La portée — sens exact ! — de cette découverte sera considérable si les faits sont réels, et ils semblent l'être.

Là, mon ami, êtes-vous content, maintenant que ça y est théoriquement, scientifiquement, pratiquement, tout au parfait ? Allez ! A l'œuvre, donc ! *Experientia docet !*

Ah ! si nos aïeux avaient su..... vibrer à propos ! Pourquoi sont-ils nés et morts sitôt ? J'aurais peut être été fille, moi ! Pourquoi ne pas avoir attendu la grande exposition de 1900, et les révélations davisiques. Allons ! plaignons-les, mais réjouissons-nous, et surtout, dès aujourd'hui, réglons nos..... vibrations conjugales ; — évitons surtout l'unisson, car le résultat sera mauvais. A l'avenir, le dernier conseil que l'on donnera aux nouveaux époux sera : "Croissez et multipliez vous, *secundem legem Davisii !*"

NIRE.

Coq-à-l'âne médicaux.

Etude et utilisation de nos plantes indigènes, au point de vue médical. — Voilà une question du plus haut intérêt tant au point de vue scientifique qu'un point de vue financier, commercial. Il n'y a aucun doute qu'au travail sérieux, par des personnes compétentes, serait des plus féconds en beaux résultats. Combien de plantes dont les propriétés sont inconnues ; combien sont méconnues ! Quel intérêt ne présenterait pas l'étude des myricées, la myrique, l'iris versicolor (le clajoux), le fameux ginseng et tant d'autres. Notre bois de plomb (*dirca palustris*) ne contiendrait-il pas dans son écorce un purgatif idéal, dont le principe actif aurait l'immense avantage de pouvoir s'administrer sous un très petit volume, si on en juge par les effets produits lorsque certains amis soucieux de notre bien-être et voulant nous éviter une coprémie, en déposent dans l'eau d'érable, au printemps, à la cabane à sucre ! Ce serait l'idéal : un purgatif national administré dans un breuvage national ; ce serait se purger à la canadienne ; mais ne rendez pas la coutume "trop" nationale — respectez la — feuille d'érable, — même dans les cas pressés !

Les Etats-Unis, comprenant l'importance médicale et commerciale de leurs plantes, viennent de solliciter un mouvement des plus louables. Le secrétaire de l'agriculture, l'honorable J. Wilson, dans son rapport annuel, va jusqu'à conseiller une appropriation de \$10.000 pour aider ces études, afin d'exploiter certaines plantes et de prévenir l'extinction de d'autres. Le Pan-American Medical Congress s'est déjà abouché avec le département afin de voir aux mesures à prendre.

La photographie et l'histologie. — Il s'agit d'une nouvelle application des sels employés en photographie, les utilisant pour colorer les coupes microscopiques. Salge et Steltger (*Munch. med. Woch.*) ont placé leurs coupes dans une solution de nitrate d'argent 0,5% pendant 3 minutes ; puis après les avoir lavées, les ont transportées dans une solution de bromure ou d'iodure de sodium où elles séjournèrent pendant une minute ; les ont rincées, puis développées à l'amidol. Si la coloration n'est pas assez prononcée, on peut renforcer en répétant le procédé ou en employant l'uranium. Comme coloration de contraste, le carmin lithine semble convenir le mieux pour les préparations simplement argentées ; pour celles uranisées le bleu de méthylène serait préférable. Cette méthode produit une

superbe coloration des noyaux ; il y a une élection marquée pour l'os rachitique et pour la substance ostéoïde des tissus décalcifiés. En sus, ce procédé a de grands avantages pour la microphotographie (*J. Am. Med. Ass.*).

Les tractions de la langue. — Depuis longtemps on tirait sur la langue pour prévenir l'asphyxie pendant le sommeil de l'anesthésie. Aujourd'hui les tractions rythmées sont entrées dans la pratique journalière pour tout arrêt de la respiration ou toute mort apparente. Si nous touchons à ce sujet c'est pour *déconseiller fortement l'emploi d'une pince brutale* pour faire ces tractions. Depuis longtemps nous ne nous étions servis que d'un fil ou d'un crin passé dans la langue au moyen d'une aiguille et noué de façon à faire un anse ; un beau jour nous avons appris que le docteur Poncet employait déjà cette méthode. Le procédé du fil est si simple ; dans toute maison on trouve une aiguille et du fil. Le fil noué, nous rend maîtres de la langue sans blesser celle-ci. Nous employons toujours ce procédé — combiné à la douche froide sur la poitrine — pour réussiter les nouveau-nés en état de mort apparente. Il est tellement précieux qu'il devrait être connu de tout le monde, médecin et vulgaire. Un conseil en passant : pendant les tractions, évitez de trop tirer sur la langue et surtout d'appuyer fortement le frein sur l'arcade dentaire inférieure ; il en résulte souvent une ulcération des plus ennuyeuses et cette traction forcée n'est nullement nécessaire pour obtenir l'effet voulu. *Abandonnez donc la pince et servez-vous toujours du fil.*

Fibrome et dystocie. — A la Société d'obstétrique de Paris, le docteur Blondel rapporte un cas intéressant. Une primipare à terme porte un myome du segment inférieur de l'utérus, qui s'oppose à la sortie du fœtus ; on administre 4 grains de quinine et on peut délivrer ; le fibrome fut alors reconnu du volume du poing, inséré sur la partie postérieure du segment inférieur de la matrice. La quinine, en même temps, qu'elle a réveillé les contractions utérines a suscité la diminution du volume du myome. La femme examinée trois semaines plus tard, ne présentait plus de trace de son fibrome ; il s'était résorbé spontanément. (*Prog. méd.*)

Les enterorragies au cours de l'urémie. — Les hémorragies intestinales, d'après M. Fédon, thèse de Toulouse, sont assez rares dans l'urémie ; elles sont dues soient à des ulcérations ou à une congestion de la muqueuse. Elles sont une complication sérieuse.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac.

Par M. le Dr BERNARD CUNéo.

Les lymphatiques de l'estomac forment, d'après l'auteur, deux systèmes : l'un muqueux, l'autre musculo-séreux. Les lymphatiques

collecteurs se disposent en trois groupes : l'un supérieur, aboutissant aux ganglions de la chaîne coronaire stomacique ; un inférieur qui constitue la chaîne gastro-épipléique droite ; un groupe gauche, aboutissant aux ganglions de la chaîne splénique.

Cette disposition explique la tendance du cancer du pylore à envahir la petite courbure. L'intégrité du duodénum tient surtout à l'absence de continuité de la sous-muqueuse gastrique et de la sous-muqueuse duodénale.

M. Cunéo en titre cette conclusion pratique au point de vue chirurgical, c'est que dans le cancer du pylore on doit enlever en bloc, en même temps que la tumeur, le groupe de ganglions de la petite courbure.

(Bull. de méd.)

Les hémianesthésies capsulaires expérimentales.

De MM. J. SELLIER et H. VERGER (de Bordeaux).

Dans ce travail, les auteurs se sont attachés à étudier les troubles de la sensibilité consécutifs à la section du segment postérieur de la capsule interne, en se mettant à l'abri des défauts de technique qui rendaient suspects les résultats obtenus jusqu'alors.

Le premier point était d'obtenir des lésions dont la localisation et l'étendue pussent être déterminées d'une façon suffisamment précise pour écarter les causes d'erreur résultant des lésions, ou simplement de la compression, des parties voisines. Ils ont résolu la question en adoptant une technique entièrement nouvelle l'électrolyse bipolaire.

Il était nécessaire aussi d'obtenir une survie indéfinie des animaux en expérience : produisant des lésions limitées à volonté, sans crainte d'hémorragie secondaire et rigoureusement aseptiques, l'électrolyse bipolaire remplit complètement cette dernière indication.

Le mémoire contient l'observation détaillée de neuf expériences ; dans chaque cas, des schémas montrent l'exacte délimitation des lésions et, d'autre part, les animaux n'ont été sacrifiés qu'après un temps suffisamment long.

Les auteurs ont pu ainsi mettre en lumière plusieurs faits nouveaux. Contrairement à l'opinion actuellement admise, la section du segment postérieur de la capsule interne n'entraîne pas une suppression complète de la sensibilité dans la moitié opposée du corps. L'hémianesthésie totale n'existe que dans les tout premiers jours qui suivent l'opération ; c'est un trouble d'inhibition non pas un trouble de déficit. Les véritables troubles de déficit apparaissent seulement lorsque l'effet inhibitoire de l'opération a pris fin, ce qui, chez le chien vigoureux, arrive du quatrième au huitième jour.

A ce moment, il n'existe plus que des troubles de déficit réel exprimés par un syndrome sensitivo-moteur dont les principaux termes sont les suivants :

1° Paralyse motrice incomplète, avec perte de la notion de position des membres ;

2° Hémianesthésie au tact ;

3° Défaut de localisation à la surface cutanée des sensations douloureuses ; mais l'intensité de la douleur perçue paraît la même des deux côtés ;

4° Suppression de la moitié du champ visuel du côté opposé à la lésion cérébrale ; ce symptôme n'existe que si la lésion intéresse le faisceau rétro-lenticulaire ; si ce faisceau est le seul intéressé, il se produit à l'exclusion des autres.

Le trait saillant des hémianesthésies capsulaires, signalé pour la première fois, est donc le fait de la conservation intégrale de la sensibilité à la douleur coïncident avec la perte du pouvoir de localiser cette sensation,

Enfin l'observation des animaux plus longtemps continuée que ne l'avaient fait les auteurs précédents, a montré que ces hémianesthésies sont transitoires, elles disparaissent au bout d'un temps, variant de trois à six semaines.

(Bull. de l'Académie de médecine.)

La cirrhose biliaire splénomégalique.

Par M. KHORASSANDJI (thèse de Paris)

La cirrhose biliaire hypertrophique, avec ictère chronique, peut présenter une variété particulière, splénomégalique, dans laquelle l'hypertrophie de la rate atteint un volume excessif.

Cette variété, décrite par Gilbert et Fournier et dont M. Khorassandji vient de retracer l'histoire, se rencontre tout particulièrement chez les enfants ; cependant elle existe chez l'adulte, mais avec une fréquence moindre.

Elle présente un début, une évolution et des modes de terminaisons analogues à ceux de la forme commune, classique, de la maladie de Hanot (début nettement hépatique, ictère persistant, poussées angiochololiques fébriles, avec intervalle de bonne santé générale). Elle en diffère par la prédominance marquée de l'hypertrophie splénique, une fréquence plus grande des troubles trophiques, des troubles de la nutrition du squelette (hippocratisme des doigts, orteils renflés en baguettes de tambour, hypertrophie des extrémités inférieures des fémurs et des tibias), avec, chez les enfants, un arrêt du développement (aspect grêle, chétif, retard de la puberté).

Le développement de la rate est ici excessif, à ce point que la cirrhose biliaire, de ce fait, prend une physionomie clinique particulière, telle que la maladie peut ne pas être reconnue et telle que, d'après certains observateurs, il n'y aurait aucune communauté de nature entre cette forme morbide et la maladie de Hanot.

Ici, comme dans le type commun, l'effection est consécutive à une affection ascendante des voies biliaires par des micro-organismes venus de l'intestin. La splénomégalie paraît devoir être rapportée à une localisation secondaire des microbes partis des voies biliaires ou à une action plus complexe des toxines, résorbées au niveau de leur point d'origine et allant déterminer des réactions spéciales de la rate. Sa plus grande fréquence chez les individus jeunes paraît due à ce fait, que les réactions spléniques sont plus accusées à une période peu avancée de la vie.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

La meralgie parasthésique.

Par M. BRISARD (Thèse de Paris)

M. Camille Brisard fait une bonne étude de la meralgie parasthésique, ou névralgie du fémoro-cutané, étudiée pour la première fois par Bernhardt et par Roth, en 1895, localisée exactement dans le territoire innervé par ce nerf, c'est-à-dire à la partie antéro-externe de la cuisse.

Il a pu en grouper 94 cas.

Il en expose les caractères principaux :

1° Un engourdissement spécial : la parasthésie ;

2° Une anesthésie, subjective et objective, siégeant dans la même zone, et s'étendant ordinairement à tous les modes de la sensibilité, à des degrés divers.

3° Une douleur comparée le plus souvent à des piqûres d'aiguille ou à une brûlure, apparaissant à l'occasion de la marche ou

de la station debout, le membre inférieur en extension, disparaissant ou s'atténuant par le repos assis ou le décubitus horizontal, le membre inférieur en flexion.

L'auteur en rappelle les causes prédisposantes (âge, sexe, profession) et les causes déterminantes (traumatisme, compression, froid, ou encore maladies infectieuses, et plus spécialement syphilis, influences toxiques et plus spécialement l'alcool, dyscrasies et plus spécialement l'arthritisme).

Après avoir rappelé les divers théories, il fait de la névralgie une névrite ordinaire, se localisant spécialement sur le fémoro-cutané, mais relevant des causes banales des névrites en générale, causes secondées et renforcées par la "superficialité" du nerf et par son exposition aux traumatismes et au froid.

La marche de la maladie est habituellement graduelle, rarement rapide, sans règle absolue toutefois. Elle peut disparaître spontanément; le plus souvent elle ne fait que s'atténuer, même sous l'influence du traitement médical. Son pronostic est en général bénin.

Le diagnostic est à faire surtout: avec la névralgie crurale avec la claudication intermittente, les pseudo-méralgies, le tabès, l'hystérie.

Le traitement employé est d'abord médical, et comprend le traitement local: massages, frictions, électricité, etc., l'hygiène, et le traitement général, s'il y a lieu: syphilis, alcoolisme, arthritisme. Si les douleurs s'atténuent, le malade peut s'en tenir là. Si, au contraire, elle s'aggravent et rendent le travail impossible, il faut proposer le traitement chirurgical, et parmi les moyens à employer, choisir la résection du nerf qui, faite en trois circonstances, a donné trois succès.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

GYNÉCOLOGIE

Les menorrhagies essentielles des jeunes filles.

(Journal de médecine et de chirurgie pratiques.)

Par A. SIREDEY.

(Suite)

— Il est rare que l'on soit obligé de combattre directement l'hémorragie par des injections chaudes ou des tamponnements. Les difficultés matérielles et morales de ce traitement ne permettent de l'employer qu'en cas de nécessité absolue.

Si l'abondance et la persistance de l'hémorragie causent quelque inquiétude, on pourra essayer des lavements très chauds, peu abondants (200 grammes) et fréquemment renouvelés (lavements simples ou gélatinés), ou bien des irrigations rectales, à l'aide d'une sonde à double courant, très chaudes et prolongées.

L'application de glace sur le ventre; l'administration par diverses voies (gastrique, hypodermique, intestinale), de préparations d'ergotine ou d'hamaméline permettront presque toujours de parer au danger.

Le traitement qui s'impose avant tout, c'est le repos absolu au lit, et celui-là n'est pas simplement palliatif, comme les précédents; il constitue le meilleur moyen de prévenir le retour de pareils accidents, et par conséquent de guérir les malades.

Dès que l'on est consulté pour ces jeunes filles, qui ont chaque mois un écoulement de sang immodéré, on doit les condamner au lit, systématiquement pendant toute la durée des règles, et ne les laisser se lever que 24 ou 48 heures après que tout suintement de sang aura disparu. En cas de rechute, on imposera de nouveau

le lit. Il est indispensable que les malades demeurent étendues, et évitent le plus possible les mouvements du tronc et des bras. On ne doit même pas leur permettre de se lever, pour prendre leurs repas.

Les mêmes mesures seront appliquées rigoureusement dès le début des époques suivantes, et on renouvellera ainsi, systématiquement, jusqu'à ce que l'on ait en quelque sorte discipliné les fonctions menstruelles.

Ce traitement est plus difficile à faire accepter par les familles et par les malades que les médicaments les plus désagréables; rien néanmoins ne peut le remplacer, et on doit exiger son application avec rigueur.

Les résultats, d'ailleurs, ne se font guère attendre; dès le premier mois, lorsque la jeune fille garde le lit, il est rare que l'on ne gagne pas un ou deux jours au moins, sur la durée habituelle des époques. Les progrès s'accroissent le mois suivant, et au bout de 5 ou 6 mois en général, la guérison est obtenue. Dans un cas que j'ai observé récemment, l'écoulement sanguin qui persistait en moyenne 8 ou 10 jours, était tombé, le 6e mois à 4 jours, 4 jours 1/2; et il s'y maintint depuis plus d'un an, sans que l'immobilisation ait été de nouveau nécessaire.

Quand les jeunes filles quittent le lit, on ne doit leur accorder qu'une liberté relative: il faut leur interdire toute fatigue physique exagérée, et les mettre en garde contre le surmenage intellectuel.

La marche prolongée, la course, la danse, la bicyclette, l'équitation, le travail à la machine, la station prolongée, leur seront momentanément interdites.

Et plus tard, on ne les leur permettra qu'avec modération, en surveillant les effets que provoqueront ces exercices du côté de l'appareil génital.

En même temps, on s'appliquera à traiter l'état général, et stimuler les échanges, à faciliter les éliminations, à combattre le ralentissement de la nutrition, c'est-à-dire les dystrophies héréditaires ou acquises qui sont la cause première de ces désordres.

C'est à l'hygiène que revient la première place dans la prophylaxie de ces accidents. Si la crainte des hémorragies conduit à éviter les exercices violents même dans l'intervalle des règles, on doit, du moins, recommander la vie au grand air et la marche modérée, et on y joindra avec avantage la gymnastique de chambre, sans appareils.

On évitera les veilles prolongées, les excès du travail; on interdira d'une façon absolue les soirées, les bals, les théâtres.

On stimulera les fonctions de la peau par des frictions sèches ou aromatiques quotidiennes, par des lotions froides, etc.

L'hydrothérapie quand les circonstances le permettent, constitue, après le repos, l'un des éléments les plus importants du traitement: les douches froides, par leur action sur le système nerveux, contribuent puissamment à régulariser la circulation générale et à diminuer, par cela même, l'hypérémie génitale.

Les bains ont l'inconvénient de hâter quelquefois le retour des règles; aussi vaut-il mieux s'en abstenir ou les prendre extrêmement courts, et tièdes plutôt que chauds.

L'hygiène alimentaire ne doit pas être négligée, parce qu'elle est aussi, heureusement, un des modificateurs de l'arthritisme. On proscriera les mets épicés, les viandes marinées ou faisandées, le vin pur, les liqueurs, l'abus du thé et du café, en un mot, de tous les aliments susceptibles d'exciter le système nerveux ou d'accumuler des toxines dans l'organisme.

Il est bon même d'éviter les repas trop copieux, l'abus de la viande, en dépit des apparences frêles et anémiques de ces malades.

Le bord de la mer est souvent nuisible, parce qu'il réveille des poussées congestives. Les climats d'altitude sont plus généralement

favorables, à condition de n'aborder les régions élevées qu'en plusieurs étapes, avec arrêts à différentes hauteurs, pour permettre aux malades de s'accoutumer peu à peu aux variations atmosphériques, car un changement trop brusque amène facilement des métorrhagies.

Il n'est pas nécessaire d'aller chercher au loin la guérison ; le séjour à la campagne, une vie calme et paisible, dans une région saine et bien aérée, seront presque toujours préférables à de longs et pénibles déplacements.

Ce qui importe avant tout, c'est de ne pas attendre pour instituer un traitement, que l'on soit en présence de tous les symptômes de l'anémie.

Dès que la menstruation prend la forme ménorragique, on doit exiger des jeunes filles le repos absolu pendant toute la durée des époques et renouveler cette précaution aussi longtemps qu'elle sera utile.

Au début ce n'est qu'une mauvaise disposition à redresser, tandis que plus tard on se trouvera en présence d'une grave perturbation de l'organisme : la guérison sera d'autant plus prompte et plus complète que le traitement aura été plus précoce.

(*La Semaine gynécologique.*)

CHIRURGIE

Transplantation périphérique d'un nerf.

Par M. PETERSON.

Un jeune homme de vingt ans avait eu les tendons du côté cubital de la région radio-carpienne coupés par une scie circulaire, en même temps que l'artère et le nerf cubital et le nerf médian.

Six mois après l'occident, M. Peterson intervint chirurgicalement. Après avoir appliqué la bande d'Esmarch, il dénuda l'extrémité dégénérée des nerfs coupés. Après la résection, l'intervalle entre les deux bouts du nerf était de 3 centimètres et demi ; pour les réunir, M. Peterson interposa entre eux un fragment de nerf sciatique de jeune chien.

Le résultat final, en ce qui concerne la sensibilité, fut excellent, mais la mobilité resta très compromise.

De sa propre observation et de 20 observations de cas analogues déjà enregistrés dans la littérature médicale, l'auteur tire les conclusions suivantes :

- 1° La transplantation d'un fragment de nerf suivant la méthode indiquée est une opération justifiée ;
- 2° Dans des conditions favorables, la sensibilité et la mobilité peuvent être rétablies partiellement ou même totalement.
- 3° La régénération a lieu par un prolongement en bas du cylindre du bout central ;
- 4° La sensibilité réapparaît toujours plus vite que la mobilité ;
- 5° Dans certains cas, la réapparition très rapide de la mobilité doit être attribuée à des mouvements vicariants des autres muscles et non à la régénération des muscles paralysés.

(*Centralbl. f. Chir. — G. des hôp.*)

Traitement des ulcères de la jambe par la méthode d'Unna.

On commence par laver la jambe à l'eau de savon, puis on l'étend dans toute son étendue, à l'exception de l'ulcère, de la colle à

l'oxyde de zinc dont Unna fait un grand usage dans le traitement des maladies de la peau, et dont voici la formule :

Oxyde de zinc.....	}	à 10 grammes.
Gélatine pure.....		
Glycérine.....	}	à 40 grammes.
Eau distillée.....		

F. S. A. — Usage externe.

On laisse fondre la colle au bain-marie et on l'étend en couche épaisse au moyen d'un pinceau.

L'ulcère lui-même est saupoudré d'iodoforme, puis couvert de gaze imprégnée de la même substance et d'une couche d'ouate hydrophile. Avant que la colle ne soit séchée, on applique sur le membre une bande de tarlatane amidonnée que l'on a préalablement trempée dans l'eau chaude ; cette bande doit être longue et être enroulée de façon à présenter deux lobes de volumes égal. Le point intermédiaire à ces deux chefs est appliqué sur la partie postérieure de la jambe, exactement du côté opposé à l'ulcère ; puis, ramenant en avant les deux lobes, on les croise au-devant de l'ulcère ; les changeant ensuite de main, on les ramène en arrière pour les entre-croiser de nouveau à la face postérieure de la jambe, et on continue ainsi jusqu'à épuisement de la bande et de façon à recouvrir toute la jambe, depuis les orteils jusqu'au genou. En appliquant la bande, on doit avoir soin de serrer suffisamment de façon à diminuer visiblement le volume du membre. Au-dessus de cette première bande de tarlatane, on enroule une seconde bande, qui a pour but de renforcer les points insuffisamment couverts par la première ; cette seconde bande peut être à deux ou à un chef, et on peut l'appliquer comme la première ou simplement l'enrouler en spirale. Ce premier pansement reste en place pendant deux à quatre jours, suivant que la sécrétion de l'ulcère est plus ou moins considérable ; mais bientôt on peut laisser l'appareil pendant huit à quinze jours, sans devoir y toucher. Pour enlever les bandes amidonnées, la méthode la plus simple est de plonger toute la jambe dans un seau d'eau chaude.

Sous l'influence de ce traitement les douleurs provoquées par la marche diminuent au bout de très peu de temps, et ce pansement présente encore l'avantage de permettre au patient de continuer à vaquer à ses occupations.

Comment agit ce pansement ? La bande appliquée de la façon décrite, tout en déterminant une diminution de volume de la jambe, exerce cependant une distension de la peau et l'attire énergiquement vers l'ulcère que l'on voit aussi considérablement diminuer d'étendue.

(*Journal de méd. de Paris*)

OBSTÉTRIQUE

Le relâchement des symphyses et les arthralgies pelviennes d'origine gravidique.

M. Louis Cantin a recueilli, dans le service de M. Bonnairo, de nombreux documents qui lui ont permis d'étudier cette affection assez fréquente et qui reste le plus souvent ignorée.

On sait qu'il existe physiologiquement un certain degré de relâchement des symphyses. Mais cet écartement ne dépasse guère un millimètre, et c'est au delà de ce chiffre que l'écartement devient pathologique. M. Cantin a trouvé cette dernière dans environ 16 % des cas de grossesses où il l'a recherchée, c'est-à-dire dans 400 cas.

Les symptômes sont d'ailleurs loin d'être en rapport avec l'étendue du relâchement. Il semble qu'à celui-ci vienne s'ajouter un certain degré d'inflammation douloureuse. On observe tout d'abord une difficulté des mouvements des membres inférieurs. Les malades disent que depuis plus ou moins longtemps, le plus souvent à partir du sixième ou septième mois de leur grossesse, quelquefois, bien que plus rarement, à partir du troisième ou quatrième mois, elles se fatiguent plus vite, elles se tiennent moins aisément debout ou assises. Assises, elles font un effort douloureux pour se relever de leur chaise ou de leur fauteuil ; couchées, il leur est tout aussi difficile de s'asseoir. Cela leur est particulièrement pénible le matin au réveil, lorsqu'elles veulent s'asseoir sur leur lit avant d'en descendre. Non seulement elles ne peuvent sauter à cloche-pied, mais si elles sont debout devant l'observateur, que celui-ci leur commande de se tenir sur un pied, aussitôt il les verra fléchir, ou bien, pour éviter une chute, elles reposeront aussitôt sur le sol le pied qui vient d'être soulevé.

Mais c'est surtout dans la marche que se révèlent les signes les plus frappants. Outre la difficulté que les malades ont à marcher quelque temps, elles ont une démarche de palmipèdes. Elles vont comme le canard (Sévérin Pineau), en rejetant alternativement le corps d'un côté et de l'autre.

Les choses peuvent aller plus loin et Tarnier cite des femmes qui ne pouvaient faire quelques pas dans leur chambre, qu'en maintenant leur bassin avec leurs deux mains qu'elles y appliquaient étroitement, l'enserrant comme pour l'empêcher de se disloquer. Ces malades sont obligées, pour avancer, de s'appuyer aux murs, de s'accrocher à tous les meubles qu'elles rencontrent sur leur passage, ou bien elle ont recours à des béquilles, et utilisent tous les subterfuges possibles.

C'est la douleur qui est le principal signe de relâchement de la symphyse.

Pour dénoncer la douleur, la femme étant placée dans le décubitus dorsal, on appuie la pulpe de l'index ou du pouce, d'abord sur les parties latérales du pubis ; si la femme ressent de la douleur et n'en manifeste pas en d'autres points plus éloignés de la symphyse on peut admettre que l'impression vient des ligaments antérieurs intéressés. Puis on continue vers le milieu du pubis, en plein centre du mont de Vénus, d'abord vers le bord supérieur de l'os. C'est là qu'on doit provoquer le maximum de souffrance, et là seulement qu'on trouvera le signe certain. Au moment de la pression, la femme se plaindra vivement et cherchera à se dérober à l'action du doigt.

On peut explorer de même les symphyses sacro-iliaques, quoique avec plus de difficulté.

Un autre procédé consiste à presser sur un des côtés du bassin ou encore à frapper d'un coup de poing le grand trochanter ; on déterminera ainsi parfois la douleur au niveau des symphyses.

Enfin le toucher vaginal permet aussi de trouver un point douloureux de la symphyse. Mais ce dernier procédé est surtout utile pour reconnaître la mobilité anormale des deux branches du pubis. M. Budin a décrit ainsi qu'il suit le procédé qu'il a employé :

La femme étant debout, on introduit le doigt dans le vagin et la pulpe de l'index étant dirigée en haut, exactement appliquée sur le bord inférieur de la symphyse, on fit marcher la malade. A chaque pas on sentait une des branches osseuses qui chevauchait, descendait considérablement et refoulait en bas le doigt ; puis cette branche remontait et c'était elle qui à son tour descendait. La branche qui restait élevée correspondait à la jambe qui, demeurée immobile, servait de soutien au tronc ; la branche qui descendait correspondait au contraire au membre inférieur qui se déplaçait et progressait.

Ce relâchement, qui se développe peu à peu à partir du sixième mois de la grossesse va en progressant jusqu'à l'accouchement qui l'augmente et lui donne un coup de fouet.

Il s'atténue ensuite et les articulations recouvrent leur état normal lorsque l'utérus reprend son volume initial mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi.

Baudelocque, Lenoir, Courty, Robert, Charpentier et bien d'autres, ont cité des cas où l'affection avait duré 9 mois, 18 mois, 2 ans, toute la vie. Une femme de soixante-dix ans, vue par Robert, était condamnée depuis l'âge de vingt ans, époque de son premier accouchement, à ne pas quitter sa chambre ; elle s'y traînait de meuble en meuble.

Ce qui est très particulier au point de vue du diagnostic, c'est que quand les malades viennent consulter leur médecin, elles disent souffrir dans le bas-ventre, dans les reins, dans les cuisses. Si on leur demande depuis quand, elles font remonter leurs douleurs à une date fixe, ou bien elles les attribuent à une congestion, à une inflammation, et le plus souvent à un début d'avortement. En somme, elles font tout ce qu'elles peuvent pour tromper involontairement le médecin et souvent celui-ci leur fait suivre un traitement pour affection qu'elles n'ont pas. Tarnier n'enseignait-il pas qu'il n'est pas de maladie plus fréquente, ni de plus fréquemment ignorée !

Aussi faut-il être bien prévenu de ce fait, car nombre d'affections douloureuses abdomino-pelviennes peuvent être confondues avec le relâchement douloureux des jointures du pelvis.

Le traitement, s'il s'agit de relâchement pendant la grossesse, ne peut être réalisé que par le corps.

Après la grossesse, il faut presque toujours avoir recours aux divers moyens de contention applicables en pareil cas, depuis le simple bandage du corps ou la ceinture de gymnastique jusqu'aux ceintures beaucoup plus compliquées imaginées pour remédier à cette infirmité.

(J. de méd. de Paris).

THERAPEUTIQUE

Traitement de la syphilis par des sachets de mercure (procédé de Welander).

Il est aujourd'hui établi que, lorsque la peau est absolument intacte, les frictions mercurielles agissent par les vapeurs mercurielles qui se dégagent. Aussi Welander a-t-il cherché un mode d'application certain de mercure qui permit d'obtenir les mêmes effets que les frictions sans en présenter les inconvénients. Après de nombreux essais, il s'est arrêté au procédé suivant : on fait faire un sachet d'une étoffe quelconque, de 50 centimètres sur 40, et on en enduit la surface interne de pommade mercurielle. Des lacets fixés aux quatre angles du sachet permettent de le fixer sur la poitrine, mais de telle sorte que le sachet reste ouvert. Ce sachet est tous les jours enduit de 6 grammes de pommade grise. Les essais faits sur plus de 400 malades ont démontré à cet auteur que ce mode d'application est aussi actif que tous les autres ; les intoxications n'y sont pas plus fréquentes que dans les autres modes d'administration du mercure.

M. Volfson a vérifié l'efficacité du procédé de Welander à la clinique du professeur Lang, à Vienne, sur 66 malades atteints de formes diverses de syphilis primaire, secondaire ou tertiaire. Ces expériences ont pleinement confirmé les assertions de Welander.

Dans tous les cas, sauf un (syphilide papulo-pustuleuse), la régression des manifestations cutanées se fit très rapidement : dix-sept jours (c'est-à-dire dix-sept sachets) pour la roséole, vingt-trois

pour les papules, trente pour les autres syphilides. D'autre part, la recherche du mercure dans les urines a démontré qu'il y passait très rapidement.

Chez 10 des 66 malades soumis au traitement par les sachets, on a noté la stomatite ; mais elle fut tenace chez trois d'entre eux seulement ; chez les sept autres il suffit de supprimer pour quelques jours le port des sachets pour supprimer la stomatite. Trois fois M. Volfson a noté une entérite assez sérieuse.

Cependant, il faut noter un inconvénient du procédé en question : on a observé, quoique très rarement, l'influence toxique, sur l'entourage du malade, des vapeurs mercurielles qui se dégagent du sachet porté par ce dernier.

(*Presse méd. belge, — Gaz. des hôp.*)

Procédé rapide de cure mécanique de l'anasarque.

On sait que, dans les cas d'œdèmes considérables d'origine cardiaque ou rénale, l'évacuation de la sérosité hydropique à travers des incisions ou des mouchetures pratiquées sur les membres inférieurs constitue souvent une condition absolue de succès de toute médication cardiotonique ou diurétique et parfois même une indication vitale. Il va de soi que le meilleur moyen à cet égard sera toujours celui qui permet d'évacuer l'anasarque dans le plus bref délai. Tel est précisément le procédé employé par le docteur C. Bozzolo, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Turin, et son assistant, M. le docteur L. Fornaca, procédé qui ne représente qu'une modification heureuse de la méthode bien connue de Southey.

M. Bozzolo se sert pour le drainage sous cutané de canules ayant un calibre de 1 millimètre et demi et une longueur de 3 centimètres, et munies à leur extrémité externe (celle qui reste hors de l'orifice de ponction) d'un renflement sphéroïdal plus accusé que dans les canules de Southey, de sorte qu'on peut y adapter facilement des tubes en caoutchouc. Ces derniers ont un diamètre intérieur de 2 millimètres, et leur paroi mesure 1 millimètre et demi d'épaisseur, ce qui leur permet de résister à la pression atmosphérique lorsqu'on fait le vide à l'intérieur. Il faut 4 tubes de ce genre de 60 à 80 centimètres de long et 4 canules pour chaque membre inférieur. On fixe les tubes en caoutchouc sur des branches métalliques creuses d'un diamètre intérieur de 2 millimètres et aboutissant toutes à une canule unique, de 4 centimètres et demi de long, qui communique avec un aspirateur de Potain.

Après avoir désinfecté le champ opératoire, on introduit sous la peau de l'extrémité inférieure les quatre canules devant servir de drains, de façon qu'elles soient situées à une certaine distance l'une de l'autre ; on adapte aux canules les tubes en caoutchouc communiquant avec l'aspirateur dans lequel on a préalablement fait le vide et qu'on maintient plus bas que le lit du malade. Le robinet de l'appareil une fois ouvert, la sérosité hydropique pénètre aussitôt dans le récipient, et cela d'une manière si rapide que souvent on en recueille près d'un litre en une demi-heure environ. Lorsque l'écoulement se ralentit ou quand il ne s'effectue d'emblée que par gouttes, il est facile de l'accélérer à volonté au moyen de quelques manœuvres d'aspiration. On parvient de la sorte, en l'espace de deux heures, à retirer jusqu'à trois litres de sérosité sans déplacer les canules.

L'évacuation étant terminée, on enlève les canules, on comprime pendant quelques instants les piqûres au moyen de petits tampons d'ouate, puis on les obture avec du coton chargé de collodion.

On peut, sans le moindre inconvénient, répéter la petite opération qui vient d'être décrite autant de fois que cela paraît nécessaire.

(*Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, — Gaz. des hôp.*)

PÉDIATRIE

Traitement de l'insomnie des enfants.

Par JULES SIMON.

Il faut tout d'abord, rechercher la cause souvent très difficile à découvrir. La plupart du temps l'insomnie reconnaît pour origine la dyspepsie.

Souvent aussi, l'insomnie dépend du repas du soir qui est trop copieux.

Une fois l'étiologie connue, le premier soin doit être de combattre la cause en prescrivant une hygiène sévère. Dans quelques cas cela ne suffit pas, ou bien on n'a pu découvrir la cause ; il faut agir quand même, avoir recours aux hypnotiques. Quels sont donc les hypnotiques qu'on peut ordonner à un enfant ?

Le premier des hypnotiques est l'opium ; on a voulu le proscrire de la thérapeutique infantile, et pourtant c'est le roi des hypnotiques. Mais il ne faut pas donner l'opium à un enfant qui est constipé, qui a de l'anurie ou qui a des démangeaisons ; voilà les principales contre-indications. Prescrire le laudanum à raison d'une demi-goutte au-dessous d'un an, et ensuite d'une goutte par année, dans une potion.

Le sirop de codéine est un bon hypnotique, admirablement supporté par les petits enfants. A un an, une cuillerée à café de ce sirop dans une potion ; au-dessous d'un an, une demi-cuillerée à café.

Les bromures sont souvent utiles ; on donnera alors 30 centigrammes à six mois, cinquante à un an, un gramme ensuite par jour, dans le potage du soir, en ayant soin d'interrompre la médication après cinq à six jours pour la reprendre ensuite.

Le chloral est un hypnotique excellent, sans danger ; on peut le donner aux mêmes doses que le bromure et la meilleure manière de l'administrer est en lavement. Donner un lavement simple pour nettoyer l'intestin ; puis le chloral associé au camphre ou au musc dans un jaune d'œuf délayé dans une petite quantité d'eau.

Le chloral convient surtout quand l'enfant est menacé de convulsions, qu'il a le hoquet ou des soubresauts ; l'insomnie n'est souvent en effet que le prélude des convulsions.

Dans quelques cas, l'antipyrine en lavement et aux mêmes doses que le chloral ou le bromure, est un bon médicament.

Il est enfin d'autres hypnotiques que l'on ne doit pas négliger, tels que l'eau de laurier-cerise, le musc, l'éther, la valériane, mais dont l'action est fort incertaine.

(*J. de méd. de Paris.*)

La désinfection dans la rougeole.

Par M. E. VALLIN (*Acad. méd.*)

Ce ne sera pas sans quelque étonnement qu'on apprendra que de toutes les maladies infectieuses, autres que la tuberculose, celle qui donne la plus grande mortalité, c'est la rougeole. Voilà, du moins, ce que démontrent les chiffres qui ont été fournis à l'Académie par M. Vallin. Ainsi en 1899, la mortalité par la rougeole a été de 795 décès, tandis que la fièvre typhoïde a donné 354 décès, la diphtérie 368, la variole 12.

Autre particularité bien digne de remarque : depuis cinq ans, le nombre des décès par maladies infectieuses va toujours décroissant, tandis que le nombre des décès par rougeole va toujours augmentant. A quoi cela tient-il ? Cela tient à ce que la rougeole n'est pas inscrite sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire et que, conséquemment, on ne prend pas à l'égard de la rougeole les mêmes précautions de désinfection que pour les autres

maladies transmissibles. En 1895, il a été fait 38000 désinfections. En 1899, il en a été fait 64,000. Or, tandis que le nombre des désinfections pour les autres maladies infectieuses s'est accru dans cette proportion, le nombre des désinfections pour la rougeole diminue chaque année.

Ces chiffres et ces statistiques ont été empruntés au service d'assainissement et de désinfection de la préfecture de la Seine, dirigé avec tant de zèle par notre distingué confrère M. le docteur Martin. Ils sont évidemment très probants et démontrent, ainsi que le fait observer M. Vallin, qu'on a eu tort de ne pas faire inscrire la rougeole sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

Partant de ce principe que la contagiosité de la rougeole est extrêmement précoce et qu'il devient dès lors inutile de prendre les mêmes mesures que pour les autres maladies transmissibles, on en vient à n'en plus prendre aucune et les familles ne demandent pas la désinfection après la rougeole et vont même jusqu'à la refuser quand on la propose.

Sans doute, nous partageons complètement l'avis de M. Vallin, quand il exprime le regret, très justifié par ces statistiques, que l'on ne prenne pas à l'égard de la rougeole les mêmes mesures qu'à l'égard des autres maladies infectieuses.

Mais ce n'est pas, selon nous, la déclaration obligatoire de la rougeole qui changerait beaucoup les choses et notre distingué collègue, M. Vallin, nous semble se faire illusion s'il pense que la déclaration des autres maladies transmissibles se fait beaucoup plus exactement que celle de la rougeole. On sait comme cette loi est peu exécutée, mais les mesures de désinfection ou d'isolement n'en sont pas moins bien prises par les familles et par les médecins et ici nous sommes complètement de l'avis de M. Vallin, il n'y a aucune raison pour ne pas prendre ces mêmes mesures à l'égard de la rougeole qui, si elle n'est pas très dangereuse par elle-même, le devient surtout par les complications qu'elle entraîne trop souvent.

(Gaz. des hôpitaux.)

BIBLIOGRAPHIE

TABLEAUX SYNTHÉTIQUES D'ANATOMIE DESCRIPTIVE à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr BOUTIGNY, ancien interne des hôpitaux, 2 vol. gr. in-8 de 200 pages chacun, cartonnés (Collection Villeroy). Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille à Paris..... 10 fr
I : Os. Articulations. Muscles et aponeuroses. Cœur, artères, veines. Vaisseaux et ganglions lymphatiques..... 3 fr.
II : Organe des sens. Système nerveux. Viscères..... 5 fr.

L'étude de l'Anatomie est la base même de la médecine, ce qui l'égale le travail de deux années consacrées à cette branche au début des études médicales. Son enseignement est avant tout un enseignement pratique, mais ce qui fait que les étudiants manquent en général leur préparations, c'est qu'ils vont au hasard du scalpel, sans connaître la région qu'ils étudient ni les organes qu'ils rencontrent.

Il est donc de toute nécessité, s'ils veulent profiter, d'apprendre, chez eux, avant chaque séance, la partie du corps qu'ils dissèquent ; malheureusement, les livres classiques sont pour les débutants beaucoup trop complets ; il peuvent même rebuter certaines intelligences avides de s'instruire.

Or, s'il est une branche des Sciences médicales susceptible de se plier aux exigences de *Tableaux synoptiques*, c'est assurément

l'étude de l'Anatomie, une des sciences biologiques, qui, par sa constance et son uniformité, se rapproche le plus des sciences abstraites, facilement schématisables. Il est donc permis de compter sur ce caractère de simplicité relative pour en donner une idée d'ensemble.

Ces tableaux n'ont pas d'autre but que d'aider le travail des élèves, en leur rappelant, à propos de chaque organe, son origine, sa direction, sa terminaison, ses connexions, etc. Ils serviront surtout *Candidats à l'externat des hôpitaux* qui trouveront, dans ce volume, la plupart des questions qui leur sont demandées.

Cette idée de mettre la *Médecine* en *Tableaux synoptiques* a obtenu un grand succès : les premiers volumes, publiés il y a un an à peine, en sont déjà à leur 2^e édition. La collection Villeroy comprend déjà des *Tableaux synoptiques de Pathologie interne*, de *Pathologie externe*, de *Thérapeutique*, de *Pathologie générale* et de *Diagnostic*, d'*Anatomie* (2 vol.), de *Médecine opératoire*, d'*Obstétrique* et d'*Hygiène*. (Chaque volume comprenant 200 pages : cartonné, 5 fr.)

The Surgery of Fractures — Treatment by massage and mobilization, as especially taught by Lucas, Championnière, by Dr E. C. Dimmitt, From the transactions of the Mason County Medical Association.

Some Casual Remarks on Prostitution and venereal Diseases, in their relation in the Public, by professor J. Dyer, New Orleans. Reprint from The Philadelphia Medical Journal.

NOUVELLES.

NEURALGIE OVARIENNE.

L'étiologie de cette affection est obscure, et, pour combattre ces troubles nombreux qu'elle occasionne, l'on a eu recours aux opiacés qui possèdent à la longue, un effet pernicieux, car les malades s'habituent facilement à la morphine et contractent dès lors cette vilaine habitude.

Si la céphalgie n'est pas due à une maladie organique, elle cède facilement à l'emploi raisonné des tablettes d'Antikamnia. Dans des cas où la douleur était atroce et les attaques très fréquentes, j'ai obtenu un réel succès avec les tablettes d'antikamnia et de codéine. Le plus grand avantage qu'on retire de ce traitement, c'est que le patient ne s'habitue pas à ce remède qui est d'ailleurs, malgré un usage prolongé, absolument inoffensif. La dose que j'emploie dans ces cas est une ou deux tablettes, aussi souvent qu'il est nécessaire.

T. B. SELMAN, M. D., A. M. C.,
Texas.

—:O:—

NAISSANCES. — A St-Sebastien de Bauce, le 1 courant, l'épouse de M. le docteur Horace Pelletier, un fils.

— A Montréal, le 5 de ce mois, l'épouse de M. le Dr Arthur Lemieux, dentiste, une fille.

NOTE DE L'ADMINISTRATION.

Nous prenons la liberté d'informer nos abonnés que nous leur envoyons nos comptes. S'il y a des erreurs, nous nous empressons de les corriger. Nous profitons aussi de cette occasion pour rappeler à nos abonnés que le besoin d'argent se fait sentir.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
De la cystotomie sus-pubienne avec drainage dans les affections de la vessie chez la femme — Coq-à-l'âne médicaux.....	329
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Méningite et pseudo-méningite dans l'influenza — Tuberculose des amygdales — La journée des tuberculeux. — Un cas de typhose syphilitique ...	330
CHIRURGIE : Résection des vertèbres dans la paralysie du mal de Pott.....	332
OBSTÉTRIQUE : La fièvre du travail dans l'accouchement.....	333
GYNÉCOLOGIE : Traitement de la lymphangite des organes génitaux — Blennorrhagie utérine.....	334
THERAPEUTIQUE : De l'administration des médicaments par les fosses nasales ; de l'alimentation par la même voie — Elimination de l'acide cacodylique par les reins.....	335
PÉDIATRIE : Le traitement de l'embarras gastrique chez les enfants.....	335
FORMULAIRE.....	336
BIBLIOGRAPHIE.....	336
NECROLOGIE.....	336

Travaux Originaux

De la Cystotomie sus-pubienne avec drainage dans les affections de la vessie chez la femme.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur adjoint de l'université Laval, gynécologue de l'hôpital Notre-Dame, etc.

Fragment de clinique faite à l'hôpital Notre-Dame.

La cystotomie sus-pubienne est certainement une opération précieuse dans beaucoup de troubles vésicaux chez la femme et chez l'homme. Elle ne donne pas une guérison des lésions cancéreuses, mais même dans ces cas, elle amène du soulagement. Elle paraît déterminer dans la tuberculose, sinon une disparition complète de la maladie, au moins un amendement des plus prononcés. Elle est à conseiller dans les troubles vésicaux accompagnés de beaucoup de douleurs, de ténésme, d'hémorragies, de purulence considérable, car tous ces symptômes se corrigent par l'intervention opératoire. Pour ma part je suis bien satisfait des résultats obtenus, car ceux-ci ont été relativement bons, l'opération ayant été pratiquée lorsque les moyens ordinaires avaient été épuisés, avaient échoué.

Le premier cas opéré a été une personne de 29 ans, souffrante de cystite tuberculeuse ; depuis deux ans elle ne souffre plus et la guérison semble assurée.

Le second cas est une jeune femme de 22 ans, chez qui on avait enlevé une tumeur de la vessie cinq mois avant que je la vis. L'examen histologique de la pièce aurait démontré la nature tuberculeuse du néoplasme. La plaie avait été fermée et la cicatrisation s'était faite de suite presque, (on avait excisé la petite tumeur par une sus-pubienne). Quelques injections vésicales et voilà tout. Cette personne souffrait continuellement et s'est enfin résout à une nouvelle intervention ; je lui ai fait une nouvelle cystotomie et j'ai maintenu le drainage onze semaines. En sus, elle avait des lavages de la vessie

une fois par jour avec une solution de fuchsine. La tumeur, lors de ma cystotomie, était grosse comme une fève, implantée sur la partie latérale gauche et donnait naissance à des hémorragies peu abondantes, de temps en temps ; elle était dure, lisse, non ulcérée, entourée d'une zone de cystite prononcée ; elle n'a pas été touchée. Il y avait un peu de cystite généralisée, pas d'ulcérations ; rien aux urètres. L'urine contenait du pus, mais on n'y a jamais trouvé de bacille de Köch, quelques staphylocoques, c'est tout. Dès les premiers jours la souffrance et le ténésme sont presque disparus, et maintenant, vingt mois après l'opération, la patiente est bien ; elle est grosse et grasse, et ne souffre de sa vessie, et cela très peu, que lorsqu'elle a ses menstrues ou lorsqu'elle prend du froid ou de l'humidité aux jambes.

Le troisième cas a rapport à une femme mariée, 38 ans, qui souffre de la vessie depuis cinq ans, à la suite d'un refroidissement et d'une course en voiture. La sonde ne révèle que de la douleur ; la cystoscopie, des vaisseaux très dilatés ; rien à l'urètre ni à l'uretère. L'examen des organes génitaux est négatif. Le coït était douloureux en ce sens qu'il produisait à sa suite du ténésme et de la miction fréquente pendant quelques heures. Elle était sujette à des crises excessivement douloureuses surtout vers la fin de l'après-midi et cela presque à tous les jours, plus violentes à l'approche des époques menstruelles. Fatiguée de souffrir, elle accepta une cystotomie que nous pratiquons et que nous faisons suivre de drainage et de lavages boriqués. La guérison s'est effectuée rapidement.

La quatrième malade était atteinte d'un épithéliome de la vessie, avec hématuries profuses, douleurs violentes presque continues. Elle a été cystotomisée et drainée. La tumeur envahissant la plus grande partie de la paroi supérieure et postérieure de la vessie et jugée inopérable, n'a pas été touchée. Les douleurs ont cessé presque complètement dès le lendemain de l'opération et les hémorragies ont sensiblement diminué. La malade est morte plusieurs mois après de métastases hépatiques et pulmonaires.

La dernière opérée, il y a quelques semaines, est une tuberculeuse. Les douleurs vésicales, urétérales et pelviennes étaient des plus vives chez elle. Au toucher, le diagnostic d'urétérite, surtout à droite, est facile ; le cordon urétéral était bien prononcé. Elle avait de la cystite et de l'urétérite tuberculeuse, peut être de la néphrite ; la lésion semblait suivre une marche ascendante. Nous faisons une laparotomie et nous nous trouvons en face d'une urétérite et d'une périrétérite ; un même temps il y a des nodules disséminés sur tout le péritoine pelvien. Nous faisons un grand lavage au sérum artificiel, puis nous fermons le ventre sans drainage. Nous pratiquons une cystotomie pour la cystite et nous drainons la vessie. Malgré tout, l'amélioration ne se fait pas ; les injections vésicales ont toujours été des plus douloureuses ; nous avons employé la gaaicol, l'acide borique etc. Lorsque nous avons cessé ces lavages, les douleurs vésicales ont diminué, mais la malade souffre toujours dans son bassin. Elle quitte l'hôpital ces jours-ci pour aller à la campagne ; améliorée en ce qui concerne sa vessie, mais nullement en ce qui regarde le reste.

En résumé, messieurs, je puis vous dire que la cystotomie sus-pubienne avec drainage pendant plus ou moins longtemps, me semble une bonne opération, destinée à rendre de réels services et

souvent à amener des guérisons. Lorsque vous aurez traité raisonnablement ces cas de troubles vésicaux si variés, si rebelles, si nombreux chez la femme, par les moyens ordinaires sans améliorations, vous êtes justifiés de faire une cystotomie. La sus-pubienne avec drainage est une opération qui n'est guère dangereuse et peut se faire à la cocaïne. Elle calme les douleurs en mettant l'organe au repos ; elle fait cesser ou diminuer les hémorragies, quand celles-ci existent, et elle permet surtout de porter plus directement, de visu, un topique sur la partie malade. Elle est bien supérieure à la cystotomie vaginale et à l'opération " de la boutonnière " — en tous points. Vous noterez, messieurs, que j'insiste sur la valeur du drainage comme adjuvant.

Coq-à-l'âne médicaux.

Les tramways et l'hygiène. — L'encombrement, on n'en parle pas : c'est dangereux et inhumain. Il n'y a qu'un moyen de le combattre c'est de faire comme ailleurs : avoir une plaque, avec le mot " Complet ", visible pour tout le monde, que le receveur fait paraître à l'extérieur du tramway, quand celui-ci contient le maximum de voyageurs permis par la loi. Toute infraction devrait être sévèrement punie. On a fait un grand pas en défendant de cracher sur le plancher du wagon ; mais ce n'est pas tout. Voici le printemps, la poussière et les robes. Pendant les temps humides et les temps calmes, les germes se déposent sur le sol, sur le plancher, sur les parois des voitures, et au temp sec, le vent, la friction, les robes, les chaussures, etc., soulèvent la poussière et dispersent les germes dans l'air ; nous venons alors plus facilement en contact avec eux, et nous les respirons plus librement. Il s'en suit qu'il faut des précautions pour se protéger. Le Chicago Clinic parlant de cette question dit : " La porte sur le devant du tramway devrait être toujours fermée à la clé, afin d'empêcher l'action disséminatrice du vent. Le Bureau d'hygiène devrait, par une circulaire populaire, pratique, mettre le public voyageur bien au courant des dangers des maladies contagieuses, leurs manières de se propager, les précautions à prendre pour éviter la contagion, des effets des poussières septiques, etc. Il devrait exister une entente entre le Bureau d'hygiène et les Compagnies des tramways pour réaliser les moyens les plus efficaces pour protéger le public." Nous sommes entièrement de cet avis ; mais c'est comme toujours, il faut du temps ; les intéressés crient à la dépense, il faut faire disparaître les préjugés, et que sais-je ! Cependant, il me semble, qu'il est de notre devoir de considérer cette question comme une des plus importantes de l'hygiène publique. Peu à peu, il devrait y avoir moyen au moins d'améliorer, sinon d'arriver à la perfection. Les planchers ne sont pas faits actuellement pour permettre de laver les wagons à grande eau tous les jours, comme la chose serait à désirer ; les banquettes aussi se désinfectent difficilement. Il en est des tramways comme des églises et autres lieux de rassemblement des foules ; c'est un foyer pour la propagation facile des maladies contagieuses ; il y a donc lieu d'y appliquer le plus vigoureusement possible les lois de l'hygiène publique, sur tout celles qui concernent la ventilation, l'encombrement, la propreté, la désinfection.

Traitement de la pharyngite par le rouleau masseur. — Le docteur Grazi, de Florence, conseille dans les pharyngites granuleuses hyperplasiques, de masser le pharynx avec un rouleau métallique ; cette compression favoriserait la résorption des exudats, activerait la circulation et amènerait une guérison rapide. (*An. m. oreilles et larynx.*)

Le bleu de méthylène dans la malaria. — D'après Smithwick (*Merck's Arch.*) le bleu serait un succédané parfait de la quinine, surtout dans la forme hématurique et pendant la grossesse.

La calvitie. — Balzer a préconisé des frictions journalières avec de l'acide lactique à 30% jusqu'à irritation prononcée de la peau.

Le jaune d'œuf comme excipient des onguents. — Unna emploie comme excipient un mélange de dix parties de jaune d'œuf et trois parties d'huile d'amandes douces, auquel il additionne des médicaments dans la proportion de 10%. En y incorporant 1% de baume du Pérou, la décomposition est évitée. Cet onguent sèche rapidement et forme une excellente couche protectrice à la peau.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Méningite et pseudo-méningite dans l'influenza.

M. Sassi (in *Gl' Incurabili*) accepte la division, méningite et pseudo-méningite basée cliniquement sur ce fait que dans la masse de cas présentant des symptômes de méningite ces derniers, les uns guérissent tandis que les autres succombent. Ces deux types peuvent se présenter comme conséquences directe ou indirecte de l'influenza. L'infection peut se faire par le nez, le pharynx, l'oreille ou l'œil. Il n'est indispensable que le bacille de Pfeiffer soit trouvé dans ces cas-là car les mêmes effets peuvent être produits pour les toxines de l'influenza. Pour différencier la forme de méningite due à l'influenza on peut se baser 1° sur le signe de Shelley (la présence d'une éruption palatine et labiale ressemblant au sagou) ; 2° sur la langue grippale, opaline, d'un blanc bleuâtre, semblable à de la porcelaine, qui résiste à l'action des purgatifs et persiste pendant toute la maladie ; 3° sur l'étude de la température qui présente des élévations irrégulières, avec des oscillations très marquées entre la température du soir et celle du matin ; 4° sur les douleurs lombaires.

(*La vie médicale.*)

Tuberculose des amygdales.

Par LABBÉ et SIRUGUE.

Symptomatologie. — Ce qui caractérise la tuberculose amygdalienne, c'est sa bénignité et son évolution latente. Lorsque la tuberculose est localisée à l'amygdale, il est rare qu'elle éveille l'attention ; les formes douloureuses sont dues à l'extension de la tuberculose, à toute la muqueuse du pharynx.

Qu'elle soit primitive ou secondaire la *forme latente* passe le plus souvent inaperçue ; pour la découvrir, il faut la rechercher systématiquement chez tous les tuberculeux adultes parvenus à un stade avancé de l'affection et expectorant abondamment ; il serait également utile d'examiner soigneusement les amygdales des enfants atteints d'adénite cervicale tuberculeuse, le bacille de Koch ayant pu, dans un certain nombre de cas, pénétrer par l'amygdale.

Même lorsqu'il existe de larges *ulcérations* à la surface de l'amygdale, la symptomatologie est à peu près nulle. Le malade n'accuse ni douleurs ni dysphasie, et la lésion n'est reconnue que si le médecin, examinant avec soin la gorge du malade, vient à constater la présence des ulcérations. Celles-ci débutent au niveau d'une plaque chagrinée légèrement saillante, dont la surface subit une érosion superficielle et se recouvre d'un exsudat gris jaunâtre. L'érosion se creuse ensuite et donne lieu à une véritable ulcération ovale ou irrégulière, plus ou moins profonde, pâle, et reposant sur une base rouge et granuleuse, quelquefois végétante. La muqueuse qui l'entoure et toute celle du pharynx est anémiée et remarquable par sa pâleur, sur laquelle se détache quelquefois une injection de petits vaisseaux sanguins.

Parfois, on voit au pourtour des ulcérations quelques tubercules jaunâtres ou rougeâtres. Ces ulcérations sont atones et ne présentent aucune tendance à s'accroître ni à se cicatriser. La douleur est nulle ou très légère et très localisée.

Dans certains cas, au contraire, la tuberculose des amygdales se révèle par des symptômes douloureux. Barth a particulièrement insisté sur cette *forme douloureuse*. La douleur est extrêmement vive, irradie vers l'oreille, augmente au moment de la déglutition. La dysphagie est intense ; le malade ne peut avaler les substances liquides ni les solides ; les substances semi-liquides passent mieux. Dans les cas extrêmes, la nutrition est rendue impossible par la douleur. La déglutition de la salive est surtout extrêmement pénible. La parole est gênée, la voix nasonnée, indistincte.

L'examen de la gorge montre une infiltration généralisée de la muqueuse et de la sous-muqueuse ; la luette et le voile du palais sont épaissis, rouges. Le voile du palais peut être parésié et les liquides passent en partie dans les fosses nasales au moment de la déglutition ; le nerf maxillaire inférieur lui-même peut subir un certain degré de parésie (Vallin). On voit un semis de granulations disséminées ou confluentes, puis les granulations s'ulcèrent, les ulcérations arrondies se réunissent, forment des ulcérations irrégulières, festonnées. La muqueuse est détruite par places, remplacée par une surface tomenteuse et pultacée ; la luette est gonflée, les piliers sont déformés, les amygdales sont ravagées par des ulcérations. Cette forme a une évolution rapide, tend à envahir le larynx, amène une cachexie progressive et se termine plus ou moins vite par la mort. La durée en est de six semaines à quatre mois.

Mouret a décrit une *forme végétante*, sans ulcérations, caractérisée par des végétations coniques, aplaties, d'un centimètre de longueur, pâles, à sommet dentelé, contenant des tubercules.

Dans la *forme miliaire diffuse*, décrite par Julliard, Isambert, la tuberculose n'est jamais localisée à l'amygdale ; c'est une variété de la phthisie aiguë rapidement mortelle.

Diagnostic. — Lorsque la tuberculose amygdalienne ne donne pas lieu à des ulcérations, le diagnostic est fort difficile. Cependant dans la forme aiguë douloureuse, l'aspect particulier de la gorge, la coexistence d'une tuberculose en un autre point de l'économie, permettront de la reconnaître.

Les ulcérations tuberculeuses de l'amygdale doivent être distinguées des *ulcérations syphilitiques*.

Le chancre de l'amygdale serait impossible à reconnaître par l'aspect seul de l'ulcération, mais l'existence d'une base indurée, d'un gros ganglion unique, en rapport direct avec l'amygdale et

n'aboutissant plus à la suppuration, l'évolution, l'apparition des accidents secondaires font faire le diagnostic.

Les ulcérations de la période secondaire sont, en général faciles à reconnaître par la coexistence d'autres accidents syphilitiques.

La gomme syphilitique a un aspect différent ; l'ulcération se produit plus rapidement et est plus profonde, les bords sont taillés à pic, le fond est bourbillonneux. L'évolution apyrétique, l'absence d'adénopathies, l'action du traitement, viendront confirmer le diagnostic.

L'*épithélioma* peut aussi donner lieu à des ulcérations, mais elles sont plus profondes, leur coloration est progressive, rapide ; l'âge du sujet, et au besoin l'excision d'un fragment d'amygdale qui sera examiné histologiquement, permettront le diagnostic.

Certaines *infections de l'amygdale*, à marche lente, produites par le bacille de Vincent, pourraient aussi donner lieu à des erreurs.

L'examen bactériologique qui montrera sur des lamelles un bacille fusiforme mêlé à des spirilles, permettra d'éviter ces erreurs. D'ailleurs, l'aspect de la gorge est différent dans ces cas : on voit un exsudat pseudo-membraneux sur une surface érodée, saignant facilement ; la marche est plus aiguë.

Le *lupus de la gorge* est rare, et accompagne souvent un lupus de la face. La lésion ulcéreuse siège généralement à la base de la luette et atteint surtout la partie membraneuse du voile du palais.

Dans les cas où le diagnostic est difficile, on devra recourir à l'*examen bactériologique*, soit en faisant l'ablation d'une amygdale hypertrophiée qui sera inoculée à des cobayes et examinée histologiquement, soit en râclant la surface d'une ulcération et en cherchant à colorer des bacilles dans le produit du râclage.

Traitement. — Le traitement *préventif* est banal et consiste à éviter toutes les causes d'irritation de la gorge qui peuvent diminuer la résistance locale, et à empêcher l'inoculation par les crachats, chez les tuberculeux qui expectorent, grâce à des gargarismes antiseptiques répétés.

Le traitement *curatif* doit s'adresser à l'état général (huile de foie de morue, préparations arsénicales, tannin, etc.) et à l'état local. Les pulvérisations de la gorge avec une solution phéniquée faible (à 1 p. 500) ou une solution de résorcine (à 4 p. 100).

Les attouchements avec l'acide lactique pur, le nitrate d'argent, le naphthol camphré, etc., devront être employés dans les formes ulcéreuses.

Mais souvent les ulcérations sont rebelles ; on pourra alors recourir à l'ignipuncture et même au curetage (Oppenheimer).

Dans la forme douloureuse, le chlorhydrate de cocaïne sous forme de pastilles, de gargarisme ou d'attouchement, les insufflations de poudre d'orthoforme, les fragments de glace que le malade laissera fondre dans la bouche, soulageront la douleur. Lorsque ces moyens sont insuffisants, l'injection de morphine peut encore calmer les souffrances.

Lorsque la douleur rend l'alimentation très difficile, on nourrira le patient avec des œufs, des gelées, du jus de viande glacé ; et même, dans certains cas, on pourra recourir aux lavements alimentaires.

(Gaz. des hôpitaux.)

La Journée des tuberculeux.

Par M. COURTOIS-SUFFIT.

Nous ne voulons pas fatiguer l'attention du lecteur en l'entretenant trop longtemps d'un même sujet. Aussi bien, terminerons nous là, pour le moment, ces notes sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Mais nous croyons utile de montrer quelle doit être la

vie du phthisique et, pour ce faire, nous reproduirons les excellentes pages consacrées par Daremberg à la *journée des tuberculeux*.

1° *Journée du tuberculeux sans fièvre au début de la maladie.* — Cesser toute occupation fixe.

Habiter, selon ses préférences ou commodités, pendant l'hiver le Midi ou les altitudes; pendant l'été, la montagne ou une place peu ventilée.

Se lever entre huit heures et demie et neuf heures du matin; déjeuner avec un œuf ou un peu de viande froide, du café au lait, du chocolat ou du thé avec du pain et du beurre.

Se promener, en flânant, de dix heures à onze heures et demie. Se reposer une demi-heure avant le déjeuner. Pendant ce repos, être étendu sur une chaise longue ou assis sur un bon fauteuil et être plus couvert que pendant la marche.

Au déjeuner de midi, absorber un repas ordinaire auquel on joindra 100 à 200 grammes de viande crue, ou deux à trois cuillerées de poudre de viande.

De une heure à quatre heures et demie, rester étendu à l'air sous un abri ou dans une chambre dont la fenêtre sera ouverte. Pendant ce temps, on peut lire. A quatre heures et demie, absorber un ou deux œufs ou du lait.

De cinq heures à six heures, faire une petite promenade en voiture ou à pied.

Pendant l'été, repos à l'air jusqu'à sept heures et demie.

Prendre la température buccale tous les jours, entre quatre heures et demie et six heures, et, si elle dépasse 38°3, ne pas marcher pendant vingt-quatre heures. Cette règle sera applicable au cas suivant.

Dîner ordinaire et se coucher à neuf heures.

Pendant la nuit on peut absorber une tasse de lait.

2° *Journée du tuberculeux qui est convalescent d'une poussée aiguë mais n'a plus de fièvre.* — Mêmes résidences que dans le cas précédent.

Se lever vers neuf heures et demie du matin.

Déjeuner à huit heures et demie avec du café au lait, thé ou potage, un œuf ou bien du pain et du beurre selon les préférences.

De dix heures et demie à onze heures et demie, petite promenade à pied ou en voiture, ou bien s'étendre dans un jardin de dix heures et demie à midi.

Au déjeuner de midi: deux œufs, 200 grammes de viande crue; légumes et dessert selon les goûts; pas de café, pas de liqueurs, pas de vin pur, vin avec eau, bière légère, cidre non mousseux.

Repos de une heure à quatre heures et demie comme dans le cas précédent et mêmes occupations jusqu'à sept heures et demie.

Au dîner, volaille, poisson ou jambon; deux œufs ou des légumes. Pas de dessert. Même boisson qu'au déjeuner.

Se coucher à huit heures et demie. Boire une tasse de lait pendant la nuit.

3° *Journée du tuberculeux qui a une fièvre, d'une durée quotidienne plus ou moins longue, donnant un écart de plus d'un degré entre le maximum et le minimum, soit 36°2-37°2.* — Mêmes résidences que dans les deux premiers cas.

A huit heures et demie, déjeuner avec du lait ou du chocolat, avec du pain, sans beurre.

Lever à neuf heures et demie; vers dix heures et demie, quand le temps n'est ni humide, ni venteux, ni trop chaud, faire deux fois par semaine une promenade en voiture d'une heure; se reposer un quart d'heure avant le déjeuner. Pendant la promenade, le malade peut descendre s'asseoir sur un pliant ou sur un banc à l'abri du vent et du soleil. Être plus couvert le matin que l'après-midi, parce qu'à ce moment le malade, sans avoir de vrais frissons, a la sensation de fraîcheur précédant l'écllosion de la fièvre qui se manifestera après son déjeuner.

Déjeuner entre midi et quart et midi et demi; faire un bon repas composé de bifteck, côtelettes, gigot, rosbif, purée de légumes, artichauts, choux fleurs, pommes de terre bouillies, fromage. Eau rougie ou bière légère.

Sieste de une heure et demie à quatre heures et demie, deux œufs ou deux cuillerées à soupe de viande crue, ou de poudre de viande, avec un peu de thé ou de grog.

De cinq heures à sept heures, lectures ou causeries.

A sept heures et demie ou huit heures, dîner. Viande blanche, poisson ou jambon, un légume ou une compote. Se coucher immédiatement après le dîner.

Si c'est possible, boire une tasse de lait pendant la nuit.

(à suivre)

Un cas de typhose syphilitique.

(LELOIR)

M. Condamine, (Soc. sc. méd. de Lyon) relate l'histoire d'une malade du service de M. Laroyenne atteinte de typhose syphilitique.

Il s'agissait d'une jeune femme entrée avec le diagnostic d'appendicite justifié par le point de Mac Burney et une température de 39°. Pas d'empatement dans la fosse iliaque droite. Douleurs très vives.

Pendant trois semaines il temporisa, mais la température se maintenant et la malade ayant eu un frisson, il crut à un abcès, et malgré l'absence d'empatement il fit une laparotomie latérale. Le péritoine, le cæcum, l'appendice étaient sains; mais il trouva au point d'abouchement de l'intestin grêle dans le cæcum une plaque jaunâtre qui était probablement un ganglion.

Le lendemain, la température tombe et les douleurs cessent. Mais quelques jours après apparaissent des plaques muqueuses buccales et anales. La malade fut immédiatement soumise au traitement mercuriel.

Des cas semblables ont été signalés par Fournier sous le nom de typhose syphilitique. Cette observation est intéressante à signaler à une époque où on opère beaucoup d'appendicites.

(Lyon médical).

CHIRURGIE

Resection des vertèbres dans la paralysie du mal de Pott.

(Soc. méd. de Leipzig.)

M. Tillmans a eu recours à cette opération dans deux cas.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fille de 9 ans $\frac{1}{2}$ dont le mal de Pott avait débuté il y a 4 ans et qui présentait une gibbosité au niveau des premières vertèbres dorsales. En décembre 1898, cette malade a présenté une paralysie spasmodique des membres inférieurs avec paralysie du rectum et de la vessie, exagération des réflexes et troubles de la sensibilité.

Le redressement d'après le procédé de Calot, fait le 21 janvier 1899, a amené la disparition de la paralysie du rectum et de la vessie: par contre la paraplégie ne fut modifiée en rien. Aussi 4 mois plus tard M. Tillmans a-t-il pratiqué la résection des arcs vertébraux des 2°, 3° et 4° vertèbres dorsales. Le canal vertébral fut trouvé très rétréci, mais le processus tuberculeux était éteint.

Les suites opératoires furent simples, et la paraplégie disparut progressivement. Au mois de novembre 1899, la malade quitta

l'hôpital complètement guérie, et cette guérison se maintient jusqu'à présent.

Le second cas a trait à un garçon de 11 ans chez lequel la spondylite avait débuté à l'âge de 3 ans. La gibbosité occupait chez lui les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales. La paraplégie spasmodique se manifeste chez lui en novembre 1898, et s'accompagne d'exagération considérable des réflexes, mais sans paralysie des sphincters ni troubles de la sensibilité.

En mars 1899, M. Tillmans pratiqua la résection des arcs des 6° et 7° vertèbres cervicales et des 1° et 2° vertèbres dorsales. Comme dans le cas précédent, le canal vertébral était très rétréci, mais le processus tuberculeux était éteint. Les suites opératoires furent simples, la paraplégie disparut et le malade guérit complètement.

M. Tillmans recommande donc la laminectomie dans les paraplégies spasmodiques chez des malades chez lesquels le processus tuberculeux étant arrêté, les phénomènes paralytiques tiennent à une étroitesse du canal vertébral.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

OBSTÉTRIQUE

La fièvre du travail dans l'accouchement.

Par M. RAVON, (Thèse de Lyon)

Elle existe dans 4 pour cent des cas. Elle peut être légère ou grave.

Dans la forme légère on a affaire à un accouchement de longue durée : la poche des eaux est souvent rompue depuis quelques heures et la dilatation ne se fait pas. On constate alors une élévation de la température ; mais la fièvre est peu intense : le thermomètre oscille entre 38° et 39° ; et c'est presque le seul symptôme pathologique.

Le début n'est pas marqué par un frisson, et le pouls est en rapport avec la température. Comme symptômes généraux, rien ou presque rien : pas de douleurs abdominales, ni de tétanisation de l'utérus, pas d'agitation, pas de dyspnée ; la langue est bonne et le facies est celui d'une parturiente normale. Enfin, et c'est un bon signe rétrospectif, la température tombe et redevient normale à la fin de la période d'expulsion, et elle ne se reproduit pas dans les suites de couches.

Dans la forme grave, au contraire, le début se fait par un frisson violent, brusque, assez prolongé, accompagné fréquemment de vomissements, d'agitation, de malaise général. La température rectale atteint et dépasse 40° ; le pouls est très rapide, plus ou moins régulier. Du côté de l'utérus on se rend compte que la poche des eaux est le plus souvent intacte, la dilatation incomplète.

L'état général devient de plus en plus mauvais. Le facies pâle, tiré de la parturiente, traduit les souffrances et l'anxiété. Le travail se ralentit ; l'utérus est très douloureux à la palpation, il reste contracturé dans l'intervalle des douleurs. M. Vinay insiste beaucoup sur cette tétanisation de l'utérus pendant le travail et sur l'exagération des douleurs ; ce sont des signes constants.

L'accouchement se produit au bout de peu de temps — spontanément ou grâce à une intervention — mais n'est pas suivi d'une défervescence ; ou du moins si la température baisse, elle remonte quelques heures après. La soif devient intense, la langue est sèche, le facies devient anxieux et se plombe, l'état général s'aggrave : en un mot, on est en présence d'une septicémie des suites de couches, septicémie de forme grave et souvent terminée par la mort.

Cette fièvre survenant ainsi au moment du travail a été expliquée de divers manières : on l'a considérée comme une fièvre phy-

siologique survenant à la suite de grands efforts musculaires, ce qui ne peut guère se soutenir. Il est certain, au contraire qu'il s'agit d'une fièvre infectieuse due à l'introduction de germes pathogènes, mais il y a ici une difficulté d'interprétation : comment, en effet, ce germe s'est-il introduit, car il y a toujours, pour que les accidents éclatent, une incubation de deux à trois jours, et bien souvent la malade n'a été touchée, ce qui est une source fréquente d'infection, qu'au début du travail : il faut alors penser au pénis du mari comme agent vecteur des germes.

Chez trois des malades citées par M. Ravon il faut sûrement invoquer un coït récent pour expliquer la contamination ; les derniers rapprochements se sont produits pour l'une deux jours avant son entrée à la Maternité, pour l'autre quatre jours auparavant, et pour la troisième la veille de l'entrée.

" Il suffit de songer à la malpropreté des organes génitaux chez certains individus pour comprendre la possibilité d'une contamination par cette voie ; si l'on admet que le doigt de l'accoucheur peut être un agent d'infection, je ne vois pas bien comment on pourrait refuser au pénis une influence de même ordre." (Vinay).

On est d'ailleurs si bien convaincu de l'importance étiologique de ce fait, qu'à la clinique obstétricale de Leipzig, on a établi un questionnaire dans lequel on demande à chaque femme la date du dernier coït.

En résumé, dans tous les cas observés de fièvre du travail, on a eu affaire à une infection de même nature que l'infection puerpérale du post-partum, c'est-à-dire due surtout aux streptocoques apportés par les manœuvres d'accouchement (toucher, intervention, etc.) ou par un coït malpropre récent.

Ces germes pathogènes envahissent le liquide amniotique dès que les membranes sont rompues : c'est la forme légère ; ou pénètrent dans la cavité utérine à la faveur d'éraillures du col, au début du travail : c'est la forme grave. Mais il existe toujours une période d'incubation.

Dans les cas légers de fièvre, le pronostic est bon pour la mère et pour l'enfant. La fièvre et les autres symptômes disparaissent dès que l'accouchement est terminé, ou bien se prolongent quelques heures après la délivrance ; mais, en général, ne reparaisent pas pendant le post-partum.

Il n'en est pas même dans la forme d'emblée sévère, qui a une signification beaucoup plus grave. C'est, en somme, une septicémie puerpérale précoce, avec tous les dangers et toutes ses complications.

Il faut ajouter que cette septicémie paraît très virulente, et dans les observations citées par M. Ravon, non seulement plusieurs malades sont mortes, mais encore il y a eu dans la salle plusieurs cas de contagion, malgré les précautions prises usuellement.

Le seul traitement prophylactique que l'on puisse employer ici serait la recommandation faite aux maris de s'abstenir de tous rapports sexuels avec leur femme pendant les derniers mois de grossesse. C'est également la stricte propreté des mains et la précaution de pratiquer le toucher seulement quand il est strictement nécessaire. Mais lorsque le médecin se trouve en présence d'une parturiente qui a de la fièvre, quelle conduite doit-il tenir ?

Dans les cas bénins, à température peu élevée, état généralement satisfaisant, bruits du cœur foetal normaux, on peut laisser aller l'accouchement : il se prolonge souvent, la dilatation est lente, mais rien ne presse d'intervenir. On se contente de renouveler la toilette génitale faite au début du travail et on redouble de précautions antiseptiques jusqu'à ce que l'expulsion se fasse.

Si cette expulsion tarde trop et que la malade s'épuise en efforts vains, si surtout la fièvre est intense, l'état général mauvais, si l'enfant souffre, il est indiqué de hâter l'accouchement. " L'indication est formelle d'accélérer le travail quand il y a infection du liquide

amniotique, surtout lorsque la température dépasse 39°, que le pouls est très rapide, que l'état général s'aggrave, que les forces s'épuisent et qu'il survient une sensibilité excessive de l'utérus. La nécessité de terminer l'accouchement existe à la fois pour la mère et l'enfant." On emploie alors les moyens habituels, forceps, ballon de Champetier, dilatation digitale, etc...

(J. de méd. de Paris.)

GYNECOLOGIE

Traitement de la lymphangite des organes génitaux.

PAR LABADIE LAGRAVE.

La première indication du traitement est de rouvrir la voie fermée par l'inflammation ; la seconde est d'assurer l'antisepsie de l'utérus.

Commencer par faire l'antisepsie du vagin, ce que l'on obtient en pratiquant pendant deux ou trois jours des injections intra vaginales avec la solution de sublimé au 1/2000.

L'antisepsie du vagin obtenue, on fait, avant d'opérer, une injection de la même solution, puis on introduit dans le col un hystéromètre, qui renseigne sur la direction de l'utérus déjà reconnue par le toucher, et indique le volume de la tige laminaire à introduire. Cette tige devra être antiseptique ; il est bon de la tremper dans une solution de sublimé à 1/1000.

Une fois la tige introduite, on fait un nouveau lavage vaginal, de façon à chasser les mucosités qui sont sorties de l'utérus ; et chaque opération est suivie d'un pansement méthodique de la cavité vaginale, soit avec de la gaze iodoformée, soit avec du coton hydrophile imbibé de solution de sublimé.

Le lendemain, on refait la même opération avec une tige plus volumineuse, car il importe de pouvoir pénétrer facilement dans la cavité utérine.

En prenant ces précautions, on n'a aucune complication à redouter ; il n'y a pas d'élévation de température, et ordinairement la dilatation est bien supportée ; elle détermine presque toujours une sécrétion abondante, et un écoulement de liquide purulent et sanguinolent. Il est bon, une fois la cavité utérine suffisamment dilatée, de faire un lavage avec une solution antiseptique. Cette irrigation utérine a l'avantage de nettoyer complètement la muqueuse en la dépouillant de ses mucosités adhérentes, qu'elle entraîne au dehors.

Le traitement sera complété par un tamponnement intra-utérin. On se sert pour cela de gaze iodoformée, découpée en bandelettes de 40 centimètres de long sur 2 de large. On imbibe cette gaze dans un mélange de glycérine créosotée au 1/3. Il est inutile d'abaisser le col pour introduire cette gaze dans la cavité utérine. On y arrive facilement sans cela. Cette traction sur le col dans le cas où l'utérus est fixé et déjà immobilisé par la cellulite pelvienne réveille la réaction péritonéale et provoque quelquefois des poussées phlegmasiques qu'il faut éviter.

Ces pansements renouvelés d'abord tous les quatre jours, sont continués de la sorte pendant deux ou trois semaines. Le repos absolu au lit est ordonné pendant toute la durée du traitement ; cependant cela n'est jamais observé.

La gaze iodoformée que l'on place dans l'utérus agit de deux façons : d'abord, en assurant à la façon d'un drain l'écoulement facile des mucosités, puis en mettant en contact les parois de la muqueuse utérine avec un liquide fortement antiseptique. La muqueuse n'étant plus en contact avec un liquide septique, revient peu à

peu à son état normal ; et la trompe, si l'oblitération de ses deux orifices utérin et péritonéal n'est pas complète, bénéficie du même processus regressif et la guérison s'obtient complètement. Ce traitement réussit très bien dans les cas où les végétations sont peu nombreuses, où les anfractuosités de la muqueuse sont très petites.

Mais dans les cas de métrite chronique, avec villosités, papilles hypertrophiées, glandes flexueuses, il sera difficile que la gaze soit en contact bien intime avec toute la surface utérine ; il restera des anfractuosités où n'arrivera jamais ce corps antiseptique ; il y aura un mieux prononcé, même une guérison momentanée ; mais, au bout de quelque temps, de ces anfractuosités partiront de nouvelles colonies microbiennes qui amèneront une inflammation nouvelle de toute la muqueuse utérine. Dans ce cas, il est bon de pratiquer le curetage de l'utérus, d'une façon complète. On nivelle ainsi la paroi utérine en détruisant les fongosités. On aura soin de gratter très minutieusement les angles utérins pour débarrasser et ouvrir autant que possible l'orifice des trompes.

Enfin, le grattage terminé et les fongosités complètement évacuées par une injection intra-utérine très chaude, qui arrêtera en même temps l'hémorragie, on terminera par une cautérisation profonde de la surface cruentée avec la gaze iodoformée imbibée de glycérine créosotée. Ce traitement et le précédent donnent de très bons résultats, dans le cas où la trompe n'est pas complètement oblitérée, quand elle n'est encore que simplement congestionnée.

Mais dans le cas où les orifices de la trompe sont fermés, on ne peut avoir aucun succès ; on guérit bien la métrite, la lymphangite, mais la trompe reste toujours malade ; elle est séparée en quelque sorte de l'utérus par l'oblitération de l'orifice utérin ; elle est malade pour son propre compte. C'est dans ces cas que la laparotomie est indiquée, et encore ne devra-t-elle être pratiquée que dans les cas urgents, lorsqu'on se trouve en présence d'une énorme salpingite suppurée.

(Journal de méd. de Paris)

Blennorrhagie utérine.

(Soc. méd. Nancy.)

M. Hoche expose les résultats de l'étude histologique faite avec M. Hantcheff sur 12 cas de ce genre.

Les indications opératoires découleraient nettement de la nature des lésions observées et que l'on peut résumer ainsi :

- 1° Lésions inflammatoires périglandulaires diffuses ou localisées très accusées ;
- 2° Lésions interstitielles diffuses ;
- 3° Et principalement, lésions inflammatoires diffuses ou en foyer au voisinage même des vaisseaux dans toute l'épaisseur de la muqueuse et même du parenchyme cervical.

Ces lésions sont très difficiles à guérir par les divers procédés médicaux et même par les procédés chirurgicaux tels que le curetage et le hersage ; et ce qui prouve cette dernière proposition, c'est que les cols examinés avaient subi ces opérations avant d'être enlevés.

Il y a surtout lieu de considérer la présence de foyers inflammatoires localisés au voisinage des vaisseaux et l'existence même de véritables abcès microscopiques. Quelques microphotographies en montrent parfaitement l'existence. Ces abcès, qui se trouvent dans la gaine adventitielle des vaisseaux, peuvent se rompre à leur intérieur et devenir le point de départ d'une généralisation, d'une infection, que l'on rattachera suivant les cas à l'influence du gonocoque ou de microbes associés.

Pour éviter cette propagation et la possibilité de métastases septiques, l'ablation des foyers inflammatoires est donc à conseiller.

M. Th. Weiss fait remarquer que la métrite blennorrhagique, aussi fréquente dans la clientèle que dans les hôpitaux, relève presque exclusivement du traitement chirurgical, sauf tout au début, où les moyens médicaux peuvent être utilisés. En général on devra recourir soit au curetage, soit à l'opération de Schröder.

Le curetage donne parfois des résultats encourageants quand on peut le faire suivre dans de bonnes conditions d'injections modificatrices de teinture d'iode. Néanmoins il est loin de toujours prévenir les récidives. Le traitement curatif par excellence de la blennorrhagie utérine ancienne est l'amputation de Schröder, exposant à l'ouverture des culs-de-sac, et qui, en conséquence, ne doit être entreprise que par un chirurgien expérimenté.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

THERAPEUTIQUE

De l'administration des médicaments par les fosses nasales ;
de l'alimentation par la même voie.

Voici comment le docteur Salomon (de Savigné-l'Évêque) procède dans sa clientèle depuis plus de vingt ans. Le malade est placé dans le décubitus dorsal. On badigeonne la narine avec un tampon imbibé d'une solution de cocaïne, puis on obstrue la narine opposée avec de l'ouate. Au moment précis où commence l'inspiration, on verse le liquide à l'aide d'une cuiller. Ce procédé présente une innocuité absolue, puisque le Dr Salomon déclare dans un article du *Progrès Médical* qu'il l'a pratiqué pendant vingt ans sans un seul accident. Il rendra les plus grands services dans l'ictus apoplectique des paralytiques, dans les crises d'hystérie ou d'éclampsie, chez les malades récalcitrants, les délirants, les aliénés et les enfants. On peut même enseigner cette méthode aux garde-malades qui pourront ainsi toujours administrer les aliments et les médicaments.

(La vie médicale.)

Élimination de l'acide cacodylique par les reins.

Par MM. H. IMBERT et S. BADEL.

Si l'on prend, par la voie stomacale, 0 gr. 20 de cacodylate de soude, répondant à 0 gr. 098 environ d'arsenic métallique, dès la troisième heure, 2 milligr. 4 sont déjà passés dans les urines, 36 passent le premier jour, puis à partir du second jour, de jour en jour et jusqu'au vingt-huitième environ 1 à 2 milligrammes seulement s'éliminent par vingt-quatre heures. En fait, après un mois il s'est ainsi éliminé lentement 80 à 82 milligrammes d'arsenic sur 98 ; le reste s'est fixé certainement soit dans la thyroïde, soit dans les cheveux et la peau, et momentanément, sans doute dans d'autres tissus, ce qui explique cette lente élimination.

Elle suffirait à démontrer que j'ai eu raison de conseiller de ne faire les injections cacodyliques que par période de 8 à 19 jours, avec de long intervalles de repos ; l'arsenic reste toujours présent.

Les auteurs remarquent en même temps que, lorsqu'on prend le cacodylate de soude par l'estomac, la quantité d'urine des vingt-quatre heures diminue les second et troisième jours. C'est encore là une preuve qu'il faut se garder, dans cette médication, de choisir la

voie stomacale pour introduire l'arsenic, ainsi que Saultier en a plusieurs fois averti les médecins.

Seule la voie hypodermique est à recommander ; par voie d'injection ou en lavement, une partie du médicament passe à l'état d'oxyde de cacodyle vénéneux, fatigue l'estomac et les reins et peut devenir sensiblement toxique pour l'économie.

(Bull. de l'Académie de médecine.)

PÉDIATRIE

Le traitement de l'embarras gastrique chez les enfants.

Par M. COMBY.

L'embarras gastrique, commun à tous les âges de la vie, se caractérise par l'état saburral de la langue, l'anorexie, la fièvre, la courbature générale. Cet état dure une semaine en moyenne : il est sujet à récidive.

Le diagnostic au début est d'autant plus difficile que la plupart des maladies aiguës se compliquent d'embarras gastrique. On pensera tout à tour à la fièvre typhoïde, à la grippe, aux fièvres éruptives. En prenant la température, matin et soir, on constatera que la courbe s'élève très haut le soir, pour retomber à la normale le matin. Ces intermissions ou rémissions sont propres à l'embarras gastrique.

L'embarras gastrique est une sorte d'auto-intoxication ayant pour siège initial l'estomac. Il est donc indiqué de nettoyer, d'évacuer cette organe. On peut le faire à l'aide de l'ipéca :

Poudre d'ipéca fraîche..... 0,50 centigr.
Eau sucrée..... 50 grammes.

Prendre en une ou deux fois, en buvant ensuite quelques gorgées d'eau chaude.

Si l'enfant tolère mal les vomitifs, s'il en éprouve de l'abattement, on donnera un purgatif :

Sulfate de soude..... 10 grammes.
Eau..... 50 —
Sirop de groseilles..... 59 —

Prendre le matin à jeun.

Ou bien :

Huile de ricin..... 10 grammes.
Lait sucré..... 100 —

Ou encore :

Scammonée..... 0,30 centigr.
Jalap..... 0,30 —

À prendre dans un peu de lait.

Ces doses moyennes sont pour des enfants de cinq à six ans ; on les augmentera ou diminuera suivant les circonstances d'âge, de tempérament, etc.

Si l'embarras gastrique résiste à la médication évacuante, on fera l'antisepsie des voies digestives.

Bétol..... 0,10 centigr.
Magnésie..... 0,10 —
Sucre en poudre..... 0,50 —

Pour un paquet ; en prendre 5 ou six dans la journée.

Ou bien :

Benzo-naphthol.....	0,10 centigr.
Bicarbonate de soude.....	0,10 —
Sucre en poudre.....	0,50 —

Même mode d'administration.

S'il y a persistance de la fièvre on prescrira la quinine, sous forme de chlorhydro-sulfate, à la dose de 20, 30, 40 et 50 centigrammes suivant l'âge (trois, cinq, sept et dix ans).

Ce sel sera donné dans une potion gommeuse, le lait sucré, le jus de réglisse, le café sucré, ou en suppositoire.

Comme régime, on prescrira la diète mitigée : lait et bouillon dégraissé, tisanes acidulées (limonade) ; repos au lit, ou tout au moins à la chambre.

(G. Méd. Belge.)

FORMULAIRE

Traitement abortif de l'herpes.

Depuis 1885, l'auteur a prescrit tour à tour :
De l'alcool à 90° additionné d'une légère quantité de résorcine ;
De l'alcool à 90° additionné d'une légère quantité de thymol ;
De l'alcool à 90° additionné d'une petite quantité d'ichtyol ;
Voici, d'ailleurs, quelques-unes des formules :

Alcool à 90°.....	100 grammes.
Résorcine pure.....	2 "
Alcool à 90°.....	100 "
Thymol.....	1 "
Alcool à 90°.....	100 "
Menthol.....	3 "
Alcool à 90°.....	100 "
Thymol.....	1 "
Résorcine.....	2 "
Alcool à 90°.....	100 "
Menthol.....	3 "
Extrait de cannabis indica.....	5 "
Alcool à 90°.....	100 "
Acide phénique.....	0 gr. 25
Alcool à 90°.....	100 grammes.
Acide phénique.....	0 gr. 25
Extrait de cannabis indica.....	4 grammes.
Alcool à 90°.....	200 "
Résorcine.....	6 "
Chlorhydrate de cocaïne.....	1 à 4 "
Alcool à 90°.....	50 "
Tannin.....	1 "
Alcool.....	50 "
Tannin.....	5 "
Chlorhydrate de cocaïne.....	1 "

Formule employée fréquemment dans sa clientèle privée, par M. Lenoir :

Alcool à 90°.....	50 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	6 "
Essence de menthe.....	50 "

On applique sur l'éruption des compresses imbibées de l'un ou de l'autre de ces différents liquides, et on les recouvre de taffetas gommé ou de gutta-percha laminée. On fixe en couvrant avec un morceau d'emplâtre adhésif ou d'emplâtre de diachylon, ou encore on fixe les bords avec une couche de traumaticine médicamenteuse, appliquée au pinceau.

Si l'éruption est limitée, on se sert de ouate hydrophile imbibée d'un de ces mêmes liquides et qu'on recouvre comme précédemment.

On renouvelle ce pansement une douzaine de fois dans la même journée et plus si l'on peut, car plus on renouvelle ce pansement fréquemment, mieux cela vaut.

—:0:—

Traitement des hémorroïdes par la chrysarobine.

1° Pommade.

(Après la désinfection préalable avec la créoline ou l'acide phénique.)

Chrysarobine.....	0.8
Iodoforme.....	0.3
Extr. belladone.....	0.6
Vaseline.....	20

2° Suppositoires.

Chrysarobine.....	0.08
Iodoforme.....	0.02
Extr. belladone.....	0.01
Beurre de cacao.....	2.00

Après peu de jours, les douleurs et les hémorragies disparaissent ; après 3.5 mois, les hémorroïdes sont complètement rétractées.

(J. de méd. de Paris).

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographia medica. — Nous avons reçu le premier numéro de cette excellente publication, la *Bibliographia Medica*, dont M. Marcel Beaudoin est le digne et érudit rédacteur en chef. Elle est consacrée à la bibliographie internationale des sciences médicales et continue les traditions scientifiques de l'*Index Medicus*. Ce recueil contient environ 4000 indications bibliographiques par numéro de 80 pages.

Nos lecteurs peuvent comprendre facilement comment ce recueil ne saurait être moins qu'indispensable au médecin studieux, travaillant, qui désire se tenir au courant sur une partie quelconque des sciences médicales. L'abonnement à cette précieuse publication est de 60 francs par an, et date du 1er janvier. On s'abonne à l'Institut de Bibliographie, 93 Boulevard St-Germain, Paris.

NECROLOGIE

Le 14 courant notre ami, M. le docteur Camille Bernier, a eu la douleur de perdre son enfant bien-aimée, Marie-Adine à l'âge de trois ans et demie. Nous présentons à notre confrère si cruellement éprouvé nos condoléances les plus sincères.

NAISSANCE. — A Montréal, le 6 courant, l'épouse de M. le docteur Lyons Gauthier, un fils.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Hernie de la ligne semi-lunaire de Spiegel — Association des internes (anciens et actuels) de l'hôpital Notre-Dame, Montréal, séance du 28 mars 1900 — Adéno-plegmon du cou — Fièvre typhoïde.....	337
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : La journée des tuberculeux. — Les douleurs dans l'anévrisme de l'aorte — La coccygodnie.....	341
CHIRURGIE : La recherche des calculs dans le foie et dans la vésicale biliaire — L'épithélioma et son traitement.....	343
GYNÉCOLOGIE : Traitement de l'endométrite chez les nullipares.....	344
FORMULAIRE.....	344
NOUVELLES.....	244

Travaux Originaux

Hernie de la ligne semi-lunaire de Spiegel

Opération, guérison.

Communication faite à l'Association des internes de l'hôpital Notre-Dame, à la séance du 24 novembre 1899.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur adjoint de l'université Laval, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame, etc.

Le patient qui fait l'objet de cette communication, est âgé de 35 ans environ, et est mécanicien sur un tramway. Il se présente à mon cabinet le 24 août 1899, avec l'histoire suivante. Le 30 mars 1899, subitement, à son travail, il est frappé d'une douleur vive dans le côté droit, près du point de McBurney. Dans la nuit il est pris de vomissements et d'une extrême sensibilité dans le côté malade. Il ne se produit pas de ballonnement, mais, seulement, le patient constate une petite bosse, de temps à autre, au point douloureux. Cette crise lui dure trois jours et pendant ce temps il est allé à la selle deux fois. Avant le 30 mars il n'avait jamais été malade. Depuis cette époque il souffre toujours, surtout lorsque sa tumeur apparaît dans le côté. Cette bosselure est allongée, molle, douloureuse, et est située à peu près à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque supérieure et antérieure droite et n'apparaît bien que le matin à bonne heure et lorsque le patient prend certaines positions ; en pesant dessus, il la fait disparaître. Il y a sonorité et élasticité dans la zone de la tumeur. Celle-ci se dissipe souvent plusieurs jours sans apparaître, et disparaît lorsque le sujet est debout ; malgré cela, une douleur fixe, qui s'irradie dans la hanche, persiste depuis sa crise et empêche le malade de vaquer à ses affaires ; le malade se couche en "ronde chien."

Il n'y a pas d'empatement dans la fosse à la région appendiculaire, et le point douloureux siège plus vers la ligne blanche que le point de McBurney. Il n'y a guère de défense musculaire. Le pouls et la température sont normaux. Nous éliminons l'appendicite et nous diagnostiquons une hernie de Spiegel,

Le 8 septembre 1899, à notre hôpital privé, nous opérons le malade et nous trouvons les aponévroses dans le voisinage de la ligne semi-lunaire, très amincies, quasi-transparentes, et dans une étendue d'environ 6 centimètres, la ligne présente non pas un anneau, mais plutôt une fente par laquelle l'intestin avait de la tendance à se glisser, et l'épiploon est adhérent légèrement au voisinage. L'appendice n'est nullement malade. Nous décollons l'épiploon et nous faisons l'occlusion de l'ouverture aponévrotique par des sutures en U perdues, à la soie.

Nous revoyons le malade pour la dernière fois le 7 avril 1900. Tout est bien.

Nous rapportons cette observation, vu la rareté de cette forme de hernie, et parce qu'elle paraît être sinon la première au moins une des premières signalées au pays. Elle a été bien étudiée par Molleur dans le Lyon médical, je crois, il y a déjà plusieurs années. Cooper l'aurait signalée, et Molleur l'aurait notée dès 1877. Vu sa position anatomique, il serait intéressant de noter si cette hernie n'est pas plus fréquente chez les personnes que leur occupation oblige à faire de fréquents mouvements du tronc sur le bassin, avec effort ; comme les serre-freins, ceux qui manient la pelle et le balai, etc, et si elle est toujours à droite chez les droitiers et à gauche chez les gauchers.

L'on sait que ce que l'on appelle la ligne semi-lunaire de Spiegel, c'est le bord interne courbe, à concavité regardant la ligne médiane, un peu en dehors du muscle droit, des faisceaux du muscle transverse, qui se fixent à la gaine du droit. Naturellement un affaiblissement de cette ligne entraîne la production d'une hernie qui siège généralement sur le tiers interne d'une ligne tracée de l'épine iliaque à l'ombilic, et elle "s'échappe au bord externe du droit à la jonction du feuillet postérieur du droit et de l'aponévrose du transverse."

Montréal, 200 rue Saint-Hubert.

Association des Internes (anciens et actuels) de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

Séance du 28 mars 1900.

Présidence de M. le docteur Duhamel.

Le docteur Duhamel signale un cas de polype du nez qui a passé longtemps inaperçu, étant petit et complètement caché par un cornet hypertrophié.

Le docteur Dérome rapporte une hernie de Spiegel, qu'il a réduite ses jours derniers et qui est bien maintenue par un bandage. Celui-ci avec celle du docteur Brennan, fait la deuxième signalée depuis peu.

Corps étrangers.

Le docteur Boulet relève le cas d'un malade qui a avalé une épingle ; celle-ci, par un mouvement de régurgitation s'était implantée dans l'épiglotte la pointe en haut, et à chaque mouvement respiratoire elle produisait des accès très douloureux et très pénibles. Elle fut enlevée facilement.

Le docteur *Brennan* rapporte un *corps étranger de l'anus* qui avait causé de vives souffrances pendant une journée. Il s'agit d'un *petit os* de 1 centimètre de long, très pointu à chaque extrémité, logé en travers et qui pénétrait davantage dans la muqueuse à chaque contraction du sphincter anal. Cet os avait traversé tout le tube digestif sans créer aucun désordre.

Le docteur *Brennan* relève un cas d'une horizontale qui s'était introduit un *cornichon dans le vagin*.

Adéno-phlegmon du cou.

Le docteur *Fournier*, interne de chirurgie, rapporte un cas très intéressant d'adéno-phlegmon du cou. (Sera publié).

Hernie épigastrique. — Le docteur *Brennan* rapporte un cas de *hernie de la ligne blanche*, à un pouce en haut de l'anneau ombilical et indépendante de celui-ci. (Sera publié).

Pyloroplastie pour rétrécissement spasmodique et vomissements incoercibles. — Le docteur *Brennan* donne communication d'une pyloroplastie qui a donné d'excellents résultats. (Sera publié).

Sympathiectomie abdominale chez la femme. — Le docteur *Brennan*, commence la lecture d'un travail sur cette nouvelle opération gynécologique, qu'il croit être le premier (et peut être le seul) à avoir fait sur le continent américain.

Il enrégistre 14 cas déjà opérés avec des résultats les plus encourageants pour l'avenir. Cette intéressante étude sera continuée à la prochaine séance.

Adéno-phlegmon du cou.

Par le Dr. FOURNIER

Interne en chirurgie à l'hôpital Notre-Dame.

Communication faite à l'Association des internes,

séance du 28 mars 1900.

Le docteur *Fournier* présente un malade qui est l'objet de l'intéressante observation qui suit.

Le patient est entré à l'hôpital le 17 mars, Salle St-Jean de Dieu, service de M. le professeur Demery.

Lors de son entrée il a un cou énorme et une langue tellement gonflée que la bouche doit rester entr'ouverte pour la contenir. La langue est plus pâle que la normale et est d'une dureté de bois ; sur le plancher de la bouche il y a des plaques blanchâtres, ressemblant à du mastic, sans odeur fétide. L'examen microscopique reste négatif. Le gonflement du cou occupe les régions sus et sous-hyoïdiennes médianes et latérales avec prédominance à droite et dans le territoire sus-hyoïdien. Il y a partout une dureté de bois, sans fluctuation. La température le soir est à 103°, le pouls à 96. Voilà l'état actuel.

Ce patient est charretier, âgé de 29 ans, et il était malade depuis trois semaines lors de son entrée à l'hôpital. La maladie a débuté par une petite tumeur de la grosseur d'une fève, siégeant à la région parotidienne droite et s'accompagnant de pésolement dans

l'oreille du même côté et de raideur dans la région masséterine quand il voulait ouvrir la bouche.

Le mal a fait des progrès rapides, l'engorgement ganglionnaire s'étendant très vite à toute la moitié droite de la région sus-hyoïdienne, envahissant le côté gauche vers le 3ème jour. Avec le gonflement sus-hyoïdien sont survenus des élancements intenses, toujours plus violents lorsque le malade était couché. Il n'a pas eu de signes subjectifs d'angine, ni d'amygdalite. Il n'a pas eu mal aux dents ; cependant le 27 mars, alors que la langue dégonflée permettait d'introduire une pince dans la bouche, on enlève quatre grosses molaires. Il n'a jamais eu de symptômes de périostite alvéolo-dentaire, et la dent véritablement cariée siégeait à gauche.

La famille du patient ne présente aucune tare héréditaire. Depuis dix ans le malade faisait un grand usage de liqueurs alcooliques. Il n'a jamais eu de maladie sérieuse, ni de maux vénériens. Depuis plusieurs mois il loge avec un syphilitique et avait même fumé avec la pipe de celui-ci ; cependant il n'a pas eu de chancre et n'a encore aucune manifestation de vérole. Tout l'hiver il a travaillé au froid, mais il portait toujours un bonnet fourré. Il prétend s'être écorché avec son rasoir environ une semaine avant l'apparition des premiers symptômes ; mais l'écorchure a guéri rapidement sans aucune réaction inflammatoire locale.

L'examen des urines ne relève qu'une densité de 1030.

Le malade est en éminence de suffocation, mais souffre moins que les premiers jours de sa maladie. Dans le but de le faire saliver on lui administre trois grammes de chlorate de potasse le matin et on répète le soir ; mais sans soulagement.

Le 19 mars, on lui fait quatre grandes incisions dans la langue de la base vers la pointe, profondes de 1½ centimètre ; il s'en écoule environ 8 onces de sang, et le malade se sent bien soulagé. On lui administre, en sus des moyens antiseptiques locaux, 3 grammes d'iodure de potassium. La température le soir est à 101, le pouls à 112. Le docteur Mercier fait une ponction aspiratrice au cou mais ne réussit à avoir que quelques gouttes de sang.

Le 20 au soir, après l'administration d'un hypnotique, le malade est pris de suffocation à tel point que vers 10 hrs. on est contraint de faire une trachéotomie d'urgence ; le malade ne respirait plus. On pratique la respiration artificielle et peu à peu il revient à la vie.

On continue l'iodure à la même dose jusqu'au 28 mars. A cette date, on ouvre, à la base du pilier antérieur droit du voile du palais, non dans la langue, un abcès profond. L'examen du pus donne de nombreux staphylocoques, quelques streptocoques, mais pas de bacille de Köch.

Le malade est mis au sirop d'Easton, et revient rapidement à la santé.

Nous croyons avoir eu affaire ici à un adéno-phlegmon sus-hyoïdien qui s'est compliqué de glossite. Mais nous n'avons pu découvrir la porte d'entrée de l'infection et nous ne croyons guère à la syphilis.

Se peut-il que des staphylo ou des streptocoques, endormis au moment de leur inoculation par l'écorchure du rasoir, se soient éveillés 8 jours plus tard, alors que le torrent lymphatique les avaient entraînés profondément — jusque tout près de la muqueuse interne,

et auraient déterminé cette inflammation à distance, sans aucune réaction locale, du moins sensible ? — On n'oserait le nier.

Ou bien l'infection a-t-elle eu pour point de départ la dent cariée située du côté gauche ? Ça ne paraît pas très probable.

FIEVRE TYPHOÏDE.

La fièvre typhoïde qui est, comme dit Chantemesse, une maladie générale traduisant la réaction de l'organisme envahi par le bacille d'Eberth, était connue des anciens, mais l'interprétation que ceux-ci faisaient de ses divers symptômes restait vague et confuse.

En 1739, Huxham, le premier, réunit sous le terme générique de *fièvre maligne nerveuse* toutes ces manifestations variées d'une maladie dont on ne soupçonnait pas alors la nature spécifique.

Stoll et Borsieri, en 1785, complétèrent les remarquables travaux de Huxham, et cherchèrent à apporter plus de clarté dans l'étude des principaux traits cliniques de cette affection.

En 1804, Prost, dans son fameux ouvrage de *La médecine éclairée par l'ouverture des corps*, signala ces nombreuses et profondes ulcérations, rencontrées dans les intestins de typhiques, mais ce savant eut le tort d'attribuer ces désordres pathologiques à un excès de *phlogose intestinale*, doctrine erronée qui donna naissance à l'école de Broussais.

En 1813, Petit et Serres, dans leur *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, entrevirent les premiers la spécificité de la fièvre typhoïde, qu'ils eurent le tort de diviser en simple, en goutteuse, et en ulcéreuse, malgré leur croyance à une cause unique.

Cruveilhier et Andral publièrent d'excellents travaux pour démontrer les rapports qui existent entre toutes ces diverses lésions ; Bretonneau, une des gloires les plus pures de la médecine française, réunit sous le nom de *dothiéntérie* toutes les variétés de cet état pathologique, et consacra définitivement l'unité des symptômes typhoïdes.

En 1829, Louis, dans ses *Recherches sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, fièvre putride, adynamique*, chercha à compléter les savantes recherches de Bretonneau, et le premier donna à la dothiéntérie le nom de fièvre typhoïde, qui est devenu le terme classique sous lequel cette affection est maintenant désignée.

Trousseau, Valleix, Rochoux, Barlow et nombre d'autres s'attachèrent à décrire avec une grande exactitude les lésions anatomiques qui accompagnent la symptomatologie de la fièvre typhoïde.

L'affection était désormais parfaitement connue, et la thérapeutique, de jour en jour, s'enrichissait d'un remède nouveau, d'une méthode nouvelle, mais l'étiologie, la connaissance de cette cause spécifique dont on soupçonnait bien l'existence, restait plus ou moins obscure.

Avant Eberth, Budd assurait que la véritable cause de l'affection résidait dans les selles diarrhéiques des typhiques, et que la transmission de cette maladie devait se faire par l'air et par l'eau.

La grande découverte qu'Eberth fit en 1880 de l'agent spécifique de la fièvre typhoïde donna raison à Budd.

Gaffky, en 1884, étudia ce nouveau bacille, et, par de nombreuses expériences, en fixa désormais les caractères morphologiques ; cela permit de classer définitivement la fièvre typhoïde parmi les maladies infectieuses.

Chantemesse et Widal, de nos jours, se sont consacrés à l'étude approfondie du bacille d'Eberth, et des divers états typhoïdes ; ils ont publié sur ce sujet des pages qui resteront classiques.

BACTERIOLOGIE.

L'agent spécifique de la dothiéntérie offre au microscope, l'aspect d'un bâtonnet, long de 2 à 4 millièmes de millimètre, et large de 0,6 à 1 millième de millimètre. Les extrémités sont arrondies, et le milieu présente quelquefois un espace clair "qui n'est autre chose qu'une dégénérescence partielle du bacille" (Chantemesse et Widal). Sa mobilité est extrême ; celle-ci est due probablement à ces nombreux cils qui l'entourent comme d'une *couronne chevelue*. Il se cultive sur presque tous les milieux : gélatine, gélose, sérum, lait, pomme de terre, etc.

Par ses caractères morphologiques, il se rapproche beaucoup du coli-bacille, et cette ressemblance prête à de nombreuses erreurs ; certains bactériologistes ont même affirmé que le bacille d'Eberth n'était qu'une transformation du coli-bacille. Cependant, plusieurs procédés ont été imaginés pour différencier ces deux microorganismes : nous les étudierons dans un autre chapitre.

Le bacille d'Eberth, ainsi que l'agent spécifique de la tuberculose, demande pour se développer un terrain propice, un organisme tout préparé, soit par des peines morales, des excès, du surmenage, soit par de la misère, de l'encombrement, de la mauvaise hygiène.

La fièvre typhoïde peut-elle naître spontanément ? Certains faits semblent le prouver, mais Chantemesse affirme, "qu'on n'a jamais encore signalé chez des individus bien portants la présence du bacille typhique." Cependant, Remlinger et Schneider (Ann. Pasteur, 1er janvier 1897) ont démontré par des expériences très concluantes la présence du bacille typhique dans les matières fécales de personnes absolument saines et aussi dans certaines parties du sol ; il deviendrait alors, comme le pneumocoque, comme le coli-bacille, un des hôtes habituels de notre organisme, où il vivrait à l'état de *microbisme latent*.

Cette doctrine, admise généralement aujourd'hui, explique ces nombreux cas de fièvre typhoïde, nés en dehors de toute contagion, et engendrant par la suite une épidémie des plus graves par transmission du bacille ainsi exalté dans sa virulence.

Mais quelles sont les causes, les influences, qui donnent à ce parasite inoffensif de notre tube digestif, ce caractère de spécificité, cette virulence subite, au point de créer des lésions mortelles dans ce même milieu où il menait une vie apparemment banale ?

La réponse est difficile, et la science actuelle, pas plus que la science d'autrefois, ne peut donner des explications suffisantes. Sans doute, nous connaissons bien ces causes prédisposantes : le surmenage, l'hygiène mal observée ou non comprise, l'eau impure, asile de tant de microorganismes, etc.

De plus, à côté de ces facteurs dont l'importance, dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, est indéniable, il existe d'autres influences qui sont les agents cosmiques, les perturbations atmosphériques, etc. La recrudescence de la fièvre typhoïde à l'automne, l'intensité de certaines épidémies suivant les pays et les climats, cette influence connue sur la marche de la maladie résultant des conditions du sol, tout prouve surabondamment cette doctrine que le bacille d'Eberth, quel que soit son caractère de spécificité, a besoin pour se développer, non-seulement d'un organisme, prédisposé, mais aussi d'un milieu ambiant favorable à l'exaltation de sa virulence.

M. Franguela affirme, lui aussi, que la fièvre typhoïde peut naître spontanément, mais, suivant sa thèse, ce serait le coli-bacille, qui, sous des causes diverses, comme l'encombrement, les chagrins, les excès, prendrait des *qualités typhicogènes*, engendrant par suite les mêmes lésions que le bacille d'Eberth. Le coli-bacille conserverait cette transformation aussi longtemps qu'il se trouverait dans le même terrain. Celui-ci changé, le coli-bacille reviendrait à sa nature première, grâce à la loi d'atavisme.

Il résulte de toutes ces découvertes qu'il faut nier aujourd'hui la spécificité absolue du bacille d'Eberth, telle qu'admise d'abord par l'école Pasteurienne, mais il faut reconnaître le transformisme et la spécificité relative. Cette opinion est conforme aux données scientifiques les plus vigoureuses et à tous les principaux faits cliniques.

L'eau est le facteur étiologique par excellence de la fièvre typhoïde ; c'est " le grand distributeur qui la porte 90 fois sur 100 " (Brouardel).

Expérimentalement, l'eau est un mauvais milieu pour la culture du bacille d'Eberth ; il ne s'y multiplie guère, et, s'il s'y développe quelque peu, il disparaît rapidement. Malgré cela, de nombreux exemples, connus de tous, démontrent que l'eau, contaminée par les déjections des typhiques, va engendrer dans les villes ou villages plus ou moins éloignés des épidémies désastreuses. Il serait trop long de citer de ces faits, mais qu'il nous suffise de dire que, seules, la connaissance et la mise en pratique des lois de l'hygiène pourront empêcher la répétition de ces calamités favorisées indirectement par l'ignorance des foules.

L'analyse microscopique de l'eau prête à certaines erreurs, par la présence habituelle du coli-bacille. Plusieurs procédés ont été imaginés pour différencier ces deux microbes ; Remlinger et Schneider ont utilisé avantageusement le milieu d'Elsner dans ce but. Cependant, MM. Nicolle et Grimbert assurent " qu'il n'est pas possible de retrouver le bacille d'Eberth dans l'eau ou dans tout autre milieu, lorsqu'il se trouve associé au coli-bacille."

M. Minart rapporte le cas d'une petite épidémie ayant éclaté dans un régiment qui tenait ses casernes à proximité d'un restaurant. Le propriétaire de cette maison prenait son eau de consommation dans un puits situé en contre-bas de latrines à fosses probablement non étanches. M. Vaillard fit l'examen bactériologique de l'eau puisée dans ce puits, et dans d'autres situés dans le même village ; il fit le rapport suivant :

" Dans les puits suspects, impossible de trouver le bacille typhique malgré des essais répétés ; mais on y rencontre en abondance le coli-bacille, organisme constant dans les matières fécales, ce qui implique que ces eaux de puits étaient accessibles aux

" souillures fécales. Cette constatation est, dans l'espèce, extrêmement importante, et légitime l'explication étiologique des cas de fièvre typhoïde observés."

La transmission du bacille d'Eberth par l'air existe-t-elle ? Certains faits semblent le prouver, mais il a été impossible jusqu'ici de démontrer la présence du bacille typhique dans cet élément. Le bacille, porté par l'air, pénètre dans les bronches avec l'air inspiré ; Arnould croit, au contraire, que " l'air va déposer des bacilles sur les lèvres, dans la bouche, d'où ils sont déglutis." Cette dernière supposition expliquerait les cas de fièvre typhoïde observés chez des infirmiers, des garde-malades, qui, soignant des typhiques, portent à la bouche des aliments avec des mains non suffisamment lavées.

D'après les dernières expériences de Germano, il résulterait que le bacille d'Eberth disparaît au bout de vingt-quatre heures, lorsqu'il est mêlé à un milieu de poussière. Suivant ce bactériologiste, son transport par l'air, à l'état virulent, n'est guère admissible.

Harrington rapporte de nombreux exemples de transmission de la fièvre typhoïde par le lait. Nous lisons, dans *la Presse médicale*, l'histoire d'une épidémie de fièvre typhoïde causée par du lait infecté ; c'est M. Charles Cameron qui cite ce fait :

" En Mai 1896, les deux filles du propriétaire d'une laiterie de Meath-Street furent atteintes de fièvre typhoïde. Cameron visita les lieux, fit amener les enfants malades, et détruire le lait de la boutique.

" Une enquête lui apprit que ce lait était vendu sur le comptoir à de pauvres gens, dont on ne s'était pas préoccupé ; suivant l'enquête, il constata que 40 personnes se fournissant de lait à cette laiterie étaient atteintes de fièvre typhoïde ; les vaches paissant dehors, l'eau de la laiterie étant reconnue pure, le lait n'avait pu être infecté qu'en absorbant les exhalaisons des déjections des malades, tandis qu'on les descendait pour les jeter dans les water-closets. La porte du passage, presque toujours ouverte, donnait accès dans une pièce où étaient placés les vases de lait, à quatre ou cinq pieds de cette porte ; il est d'autant plus probable que l'infection se produisait pendant ce transport, que la femme qui soignait les enfants n'allait jamais dans la laiterie.

" Pour corroborer son opinion, sir Cameron plaça quelques déjections typhoïdes près d'un vase de lait préalablement stérilisé, et, dix minutes après, une analyse prouva que le lait était infecté de bacilles typhiques.

" Le propriétaire de la boutique fut poursuivi et condamné pour avoir négligé de déclarer la maladie de ses enfants."

D'après M. Cunningham, le bacille typhique ne se développe pas dans du lait ordinaire, parcequ'il est rapidement détruit par les autres microbes, mais dans le lait stérilisé, il se cultive bien.

Les linges, à l'usage du typhique, les vases de déjections, sont autant de moyens de contagion ; les légumes également peuvent servir de véhicule à l'agent de la fièvre typhoïde.

On a aussi beaucoup incriminé les huîtres, et Chantemesse, devant l'Académie de médecine de Paris, en juin 1896, attira l'attention du monde savant sur le danger de manger les huîtres crues lorsqu'elles ont été souillées par des eaux contaminées. Elles peuvent servir ainsi à répandre la fièvre typhoïde.

Cependant MM. Ducamp, Sabatier et Petit, de Montpellier, ont

montré, d'après des recherches bactériologiques faites à la station zoologique de Cette :

" 1° Que les huîtres des parcs d'élevage de Cette ne renfermaient ni le coli-bacille, ni le bacille typhique, mais des espèces banales fréquemment rencontrées dans les eaux ;

" 2° Que les huîtres placées, pendant un mois, à l'embouchure d'un égout, ne renfermaient ni le coli-bacille, ni le bacille typhique, mais seulement des bactéries à fluorescence verte ;

" 3° Que des huîtres inoculées directement soit par le coli-bacille, soit par le bacille d'Eberth en cultures liquides ou solides et abandonnées dans les parcs d'élevage, ne renfermaient, au bout de peu de jours, ni le coli-bacille, ni le bacille typhique. Ces microbes disparaissaient donc, soit que l'eau salée leur constitue un milieu peu favorable, soit que les huîtres exercent à leur égard un moyen de défense vitale.

" Il résulte de ces recherches que l'ingestion alimentaire des huîtres, considérée par quelques auteurs comme l'une des conditions étiologiques démontrées de la fièvre typhoïde, ne paraît pas mériter de prendre place définitivement en médecine.

En somme, l'eau est le principal facteur étiologique de la fièvre typhoïde ; en prenant toutes les précautions que prescrit l'hygiène ce moyen de contamination perdra de sa fréquence et de son intensité.

* * *

Maintenant, examinons brièvement les lésions que peut créer dans notre organisme la présence du bacille d'Eberth, à l'état virulent.

Pénétrant dans les follicules isolés et dans les plaques de Peyer, le bacille typhique entre bientôt en lutte avec le phagocyte, dont le pouvoir bactéricide ne peut résister à cette grande virulence que possède alors l'agent spécifique de la fièvre typhoïde.

Vainqueur du globule blanc, le microbe et ses produits solubles, par ce riche réseau de vaisseaux lymphatiques que présente l'intestin, va infecter tous les organes, d'abord ceux qui sont le plus en rapport avec le tube digestif, comme le foie, la rate, les ganglions mésentériques, ensuite ceux qui sont plus éloignés, comme le poumon, le larynx, le pharynx, etc.

" La plupart des systèmes organiques, dit Legry, sont ainsi touchés soit par l'agent figuré, soit par sa toxine, soit concurremment par l'un et par l'autre. L'ensemble du système lymphatique (follicules de l'amygdale, du pharynx, du larynx, tissu adénoïde de l'estomac) est intéressé d'une façon très précoce ; l'appareil circulatoire est frappé dans ses plus fines ramifications (artérites viscérales) ; la muqueuse des voies respiratoires s'hypérémie ; les cellules hépatiques et rénales, les muscles et le myocarde dégèrent ; le système nerveux, les glandes, les os même, etc., n'échappent pas à l'atteinte typhoïdique, qui représente, on le voit par ce résumé succinct, le type de l'infection générale au premier chef."

Les parasites qui vivaient inoffensifs dans les diverses parties de notre organisme prennent bientôt un caractère virulent, sous cette action continue et désorganisatrice du bacille typhique et de sa toxine. C'est ce qui constitue les infections secondaires, dont les principaux agents sont le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, etc.

Le bacille typhique sécrète des substances solubles dont une partie, bien étudiée par Brieger, a été appelée typhotoxine. Cette question est encore à l'étude.

La présence du bacille d'Eberth dans le sang a été beaucoup contestée, et Chantemesse dit " qu'elle doit y être absolument exceptionnelle." D'après une observation de Deléarde, une éruption très étendue a coïncidé avec l'apparition du bacille typhique dans le sang. Suivant MM. Castellani et Cartier, cette présence du microbe n'arrive que dans les formes adynamiques, et sert ainsi au pronostic de la fièvre typhoïde.

Le bacille d'Eberth se retrouve également, non seulement dans l'intestin, le foie et la rate, mais aussi dans les reins, comme le constate une intéressante observation de M. Rendu, dans les méninges, dans le myocarde, dans la moelle osseuse, même dans la salive.

La fièvre typhoïde confère une immunité constante, " plus solide même que celle des fièvres éruptives " (Jaccoud). Cependant de nombreuses exceptions à cette règle ont été connues et observées et l'étiologie de ces rechutes n'est pas encore suffisamment démontrée. Le bacille typhique ne perd sa virulence qu'après un temps plus ou moins long, et sous certaines causes, il peut quelquefois acquérir une activité nouvelle. M. Babonneix croit " que l'existence à l'état normal du bacille d'Eberth dans l'intestin d'un certain nombre de sujets n'est peut être pas étrangère à la production de ces récidives, de même qu'elle est sans doute responsable de nombreux cas de première invasion.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

La Journée des tuberculeux.

Par M. COURTOIS-SUFFIT.

(Suite)

4° Journée du tuberculeux dont la fièvre dépasse 38 degrés. — Même petit déjeuner que dans le cas précédent. Ne pas marcher, ne pas sortir en voiture. S'installer autant que possible dehors, sous un abri, depuis dix heures du matin jusque une heure avant le coucher du soleil. Puis repos à la chambre. Alimentation comme dans le cas précédent. Pour pouvoir faire cette cure à l'air, il importe à de tels malades d'aller l'été dans les montagnes et l'hiver dans le Midi, d'octobre à la fin de mai. Pour eux, il est urgent de fuir l'humidité, surtout celle du soir. Ils devront être complètement à l'abri du soleil. Quand ils seront étendus sur leur chaise longue, leurs pieds ne devront même pas être frôlés par les rayons du soleil. Ils craindront le vent fort, mais pourront supporter quelquefois avec avantage une brise fraîche. Toutes ces précautions nécessiteront une orientation et une disposition spéciale des guérites, tentes ou kiosques qui les abriteront. Les guérites devront être facilement mobiles. Dans les tentes les quatre pans de toile pourront être tirés, relevés ou abaissés alternativement. Il en sera de même des kiosques, ou bien ils devront être mobiles, sur pivot. Le tuberculeux

doit pouvoir éviter le soleil ou le grand vent sans être obligé de se fatiguer en se déplaçant.

Ces malades, après avoir passé l'hiver dans le Midi méditerranéen, pourront maintenant passer l'été dans la montagne sans être contraints de subir les fatigues d'un long voyage. A cinq heures de Cannes, de Nice et de Menton, existent deux stations alpestres, dans lesquelles les malades trouveront des installations confortables, et ces deux stations sont Saint-Martin-Vesubie et Thorenc.

5° *Journée du tuberculeux dont la fièvre dépasse 39 degrés.* — Repos jour et nuit dans le lit, la fenêtre ouverte.

Lait, grogs, hachis, quenelles, viande crue ou poudre de viande, œufs, confitures en trois ou quatre repas pendant les vingt-quatre heures,

Ne pas se déplacer, même si on habite une ville.

Attendre une accalmie pour partir l'hiver dans le Midi, l'été dans la montagne.

6° *Journée du phthisique guéri.* — Pendant les deux premières années qui suivent la guérison, il devra prendre tous les matins quatre cuillerées à soupe d'huile de foie de morue, ou une bouteille de koumys, lait de jument fermenté.

Faire deux autres bons repas.

Se coucher à dix heures et se lever à huit heures. Dîner rarement en ville et aller très rarement au théâtre, jamais au bal.

Continuer à passer, pendant ces années, l'hiver dans le Midi et l'été à campagne.

Bien se garder de hâter la guérison par des injections sous-cutanées d'antiseptiques et même de sérum artificiel.

Après ces deux années de noviciat, le tuberculeux, définitivement guéri, pourra reprendre ses occupations. Mais il devra chaque année se reposer au grand air au moins pendant deux mois, soit en hiver, soit en été. Il évitera toujours le surmenage.

(Gaz. des hôpitaux.)

Les douleurs dans l'anévrysme de l'aorte.

(Société médicale des hôpitaux)

M. Huchard communique l'observation d'un homme de 58 ans qui vint le voir courbé en deux, le corps penché en avant, et en disant que cette attitude de son corps est pour ainsi dire volontaire : il la prend dans le but de calmer les douleurs thoraciques intolérables siégeant surtout dans un point déterminé, en arrière et à gauche, à cinq travers de doigt de la colonne vertébrale, au niveau des 9e et 10e espaces intercostaux. Quand il se redresse la douleur augmente d'une façon considérable, au point de devenir absolument intolérable ; lorsqu'il s'assied, le corps étant penché en avant, la douleur est à son minimum, pour renaître avec une nouvelle violence quand il s'étend dans le fauteuil ; couché sur le dos, les douleurs reprennent une certaine acuité, pour cesser quand il se couche sur le ventre ou dans le décubitus latéral gauche, pour augmenter encore dans le décubitus latéral droit. Aucune douleur spontanée ou à la pression sur le trajet des nerfs intercostaux ; la souffrance est bien limitée, n'existant que dans un seul point, à la base et en arrière de la poitrine à gauche, ne se manifestant ou ne s'exaspérant que par les changements d'attitude.

Depuis plus de 4 années que ce malade est en proie à ces vives douleurs, le diagnostic invariable a été celui-ci : névralgie intercostale rebelle. Elle était rebelle à tous les traitements antinévralgiques, à toutes les médications anesthésiques. Et comme la persistance, la violence de ces douleurs avaient amené avec l'insomnie un état nerveux indiscutable, on avait fait à l'étranger cet autre diagnostic pathogénique : névralgie intercostale due à la neurasthénie.

S'appuyant sur les caractères cliniques de ces douleurs intercostales, sur leur siège dans un point absolument limité, sur leur exaspération par certains changements d'attitude (fait très important), sur leur incurabilité apparente et sur leur rébellion absolue à toute médication antinévralgique, sur les antécédents syphilitiques du malade (chancre induré à l'âge de 24 ans), M. Huchard fut amené à chercher un anévrysme de l'aorte thoracique descendante, et il le trouva.

En faisant au malade redresser son tronc, M. Huchard éprouvait, avec la main appliquée à plat contre la paroi thoracique gauche et en arrière, la sensation très manifeste de battements anormaux avec expansion très modérée. Il enleva ensuite la main, et le malade gardant toujours la même attitude verticale, il constata à la vue les mêmes battements. Le diagnostic était donc nettement établi : anévrysme de l'aorte thoracique descendante, au niveau de l'émergence de l'artère splénique, et le diagnostic fut pleinement confirmé par l'examen radioscopique, par des tracés sphygmographiques pris au niveau de la tumeur.

En terminant, M. Huchard appelle l'attention sur un diagnostic important à établir au double point de vue du pronostic et du traitement, à savoir la complication de l'artério-sclérose dont ce malade était atteint avec néphrite interstitielle d'origine artérielle. Il importe, en effet, de savoir qu'il existe une grande différence entre les anévrysmes aortiques avec tension artérielle normale et les anévrysmes avec tension artérielle exagérée. Celle-ci expose surtout à l'extension plus rapide, aux ruptures plus précoces des tumeurs anévrysmales, et elle est le symptôme par excellence de l'artério-sclérose et surtout de la néphrite interstitielle. Il importera toujours de s'enquérir si l'anévrysmatique est en même temps atteint de ces affections. Dans ces cas, l'indication principale du traitement réside dans le régime alimentaire, non pas dans celui que Stokes qualifiait de "diète généreuse", ni dans celui de Tuffnell, véritable diète alimentaire avec restriction considérable des boissons. Ce qui importe le plus, c'est moins la quantité que la qualité des boissons et des aliments. Ce qu'il faut craindre, encore une fois, dans le cours des anévrysmes, c'est l'augmentation de la tension vasculaire. Or depuis longtemps on a démontré que les toxines alimentaires sont éminemment vaso-constrictives, d'où une action certaine sur la pression sanguine qu'elles augmentent rapidement. Par conséquent il faut interdire, comme pour les cardiopathies artérielles : les bouillons et potages gras, jus de viande, viandes faisandées et peu cuites, poissons de mer, conserves alimentaires, fromages faits, gibier, mets épicés. Les anévrysmatiques doivent être soumis à des cures de régime lacté exclusif (3 à 4 litres par jour), soit au régime lacté mitigé (2 litres de lait, tous les légumes, quelques œufs, fruits et surtout raisin, peu ou pas de viande). Le thé, le café, les liqueurs, les bières fortes, le tabac (un poison vaso-constricteur) sont naturellement défendus.

M. M. Rendu, Lion, Galliard et Hayem citent un certain nombre de cas personnels analogues à celui de M. Huchard et qui le confirment. Dans le fait de M. Hayem, l'anévrysme, longtemps méconnu, avait donné naissance à des douleurs gastralgiques très violentes, qui accaparèrent toute l'attention et firent errer le diagnostic. Le malade mourut subitement.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

La coccygodynie.

Par A. G. CIPRIANI, (Il morgagni)

L'auteur reprend l'histoire de la coccygodynie, affection commune mais peu étudiée, consistant en douleurs localisées au coccyx,

sans qu'il y ait déplacement ou altération osseuse, ni gonflement ou modification de coloration du tégument en cette région. Après discussion, l'auteur admet que la coccygodynie est une névrite ; les douleurs sont continuelles, avec exacerbations et rémissions, mais jamais avec réduction à un minimum négligeable, comme dans les périodes de calme des névralgies.

Le traitement est plus médical que chirurgical, quoique l'extirpation du coccyx, la section sous-cutanée des muscles coccygiens, la ponction lombaire aient donné de bons résultats. Des nombreux moyens locaux mis en œuvre, les uns ou les autres ont quelquefois réussi ; mais il semble que la thérapeutique doit se subordonner à l'étiologie. La suggestion opératoire est efficace si la coccygodynie dépend de l'hystérie ; bromure ou chloral sont indiqués chez les neurasthéniques, l'iodure et le mercure chez les syphilitiques, le salicylate de soude ou mieux le salophène chez les arthritiques. Dans les 3 cas de l'auteur, où l'étiologie était rhumatismale (rhumatisme articulaire antécédent, exposition au froid ou à l'humidité), le salophène amena la guérison en quelques jours.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

CHIRURGIE

La recherche des calculs dans le foie et dans la vésicule biliaire

Par CARL BROCK (de New-York).

Les expériences faites pour découvrir des calculs biliaires à l'aide des rayons X ont échoué jusqu'ici. L'auteur a fait des essais de ce genre depuis 1896. Il a trouvé qu'une seule exposition aux rayons ne suffit pas pour déterminer combien de temps il faut pour chaque tube individuel pour représenter le calcul biliaire.

Un point essentiel c'est qu'il faut que le malade soit couché sur le ventre, avec un coussin au dessous des reins, de même qu'au dessous des épaules. L'élévation produite par ces coussins permet la protrusion de la région de la vésicule biliaire et rapproche ainsi les calculs vers la plaque photographique. Le rapprochement devient encore plus grand en tournant légèrement le corps à droite et en soulevant le côté gauche.

Un autre point important c'est que les rayons ne doivent pas pénétrer l'abdomen dans un sens vertical, mais venir de côté afin que le tissu épais et moins transparent du foie ne soit pas pénétré dans tout son diamètre. La direction des rayons doit former un angle d'environ 45 degrés avec la plaque.

En employant cette méthode, l'auteur est arrivé à obtenir une image distincte du calcul biliaire.

Le point le plus important dont il faut tenir compte c'est la composition chimique du calcul. Les calculs composés de cholestérine pure ne donne qu'une ombre vague, tandis que ceux qui contiennent des quantités de calcium sont bien distincts.

Les calculs biliaires ordinaires sont perméables aux rayons et ne donnent qu'une légère ombre. Les calculs de cholestérine pure donnent déjà une image un peu plus nette. Les calculs stratifiés cholestériques donnent un skiagraphie distinct. L'image la plus nette est obtenue avec les calculs combinés.

(The New-York Medical Journal — Ind. méd.)

Épithélioma et son traitement.

(Soc. derm. et syph.)

M. Hallopeau montre une femme atteinte d'épithélioma du nez, chez laquelle M. Morestin a pratiqué l'ablation totale suivie d'autoplastie. Deux lambeaux ont été pris sur la région frontale et ra-

battus sur la moitié supérieure du nez. Une récidive s'est produite rapidement. Le centre de la face est actuellement occupé par un vaste cloaque entourant de toutes parts les lambeaux de l'autoplastie dont le pourtour se trouve ainsi comme disséqué ; ils restent néanmoins indemnes. Ce fait plaide plutôt en faveur de la théorie embryonnaire de Cohnheim que pour l'origine parasitaire du cancer.

M. Brocq trouve que ce cas offre un grand intérêt, aussi bien au point de vue théorique qu'au point de vue pratique. En effet, tous les tissus voisins du foyer épithéliomateux ont subi ultérieurement la dégénérescence cancéreuse, ce qui prouve qu'autour de l'épithélioma, les tissus périphériques sont déjà altérés dans une zone étendue, alors même qu'ils paraissent encore sains à l'œil nu. D'où cette conclusion pratique : que si l'on fait des lambeaux autoplastiques, il faut les prendre aussi loin que possible du foyer épithélial.

M. Du Castel a constaté que, même dans les cas où il s'agit d'un épithélioma paraissant très limité, si l'on pratique l'ablation très largement et qu'on fasse l'examen histologique, on est étonné de voir à quelle distance on retrouve des éléments épithéliaux dans les voies lymphatiques. L'examen optique ne donne aucune notion exacte sur l'étendue réelle d'un épithélioma.

M. Besnier. — Cette notion conduit à d'importantes conclusions thérapeutiques. En effet, quand en raison de son siège, à la face par exemple, près des orifices naturels, un épithélioma ne peut pas être enlevé très largement, on comprend que le traitement caustique puisse être préférable au traitement chirurgical. Les composés arsenicaux semblent précisément avoir cet avantage d'atteindre assez loin les tissus altérés ; malheureusement ils donnent parfois lieu à des destructions trop étendues. Avec la cautérisation ignée on peut arriver à atteindre les foyers d'épithélioma, mais cette méthode est encore insuffisante. Quand aux caustiques chimiques dont le type est la pâte du frère Côme, leur inconvénient est l'incertitude absolue où l'on est des résultats qu'ils donneront au point de vue esthétique. M. Besnier a vu dans un cas une perforation de la voûte du nez consécutive à leur emploi. Pour instituer le traitement il faut tenir compte de l'étendue du mal et de son siège ; ainsi à la face le traitement chirurgical risque toujours d'être trop timide, et alors a des récidives. Dans les régions, au contraire, où l'on peut opérer largement, comme le dos, les guérisons radicales sont plus fréquentes.

M. Brocq fait remarquer qu'un de ses traitements préférés est le raclage suivi d'applications de chlorate de potasse, mais il emploie aussi le galvano-cautère. Dans ce cas on doit se guider sur la sensation de mollesse spéciale qu'offre la peau malade ; il faut toujours dépasser cette zone de tissus mous et ne s'arrêter que quand on rencontre un tissu bien ferme. Or, pour un épithélioma grand comme l'ongle du petit doigt, la peau n'offre quelquefois de résistance qu'à plus de 1/2 centimètre au delà de la limite apparente du mal. En sorte que, pour une lésion insignifiante, on est amené à faire des délabrements considérables. Ces résultats sont fort décourageants pour le médecin comme pour le malade. Aussi M. Brocq en arrive à éviter de plus en plus les interventions de ce genre, et il préfère adresser d'emblée ses malades au chirurgien.

M. Darier estime qu'il ne faudrait pas que de cette discussion résulte l'impression que l'épithélioma est, dans tous les cas, beaucoup plus étendu histologiquement qu'il ne le paraît cliniquement et que, par conséquent, les récidives sont à peu près fatales. Il croit qu'il faut établir des catégories. Dans certains cas il s'agit de petites tumeurs bien limitées, presque enkystées, dont on peut obtenir la guérison définitive soit par le raclage, soit par la cautérisation, et M. Darier en a vu qui n'avaient pas récidivé au bout de 6 ans. Dans d'autres cas, au contraire, il s'agit de néoplasmes infectants et plongeants d'emblée, qui diffusent rapidement par la voie des lymphatiques.

L'examen histologique peut donner à cet égard d'utiles indications, et je crois qu'il y aurait avantage, dans beaucoup de cas, à faire une biopsie sur le bord de la lésion pour se renseigner sur le degré de malignité de la tumeur. L'examen permettrait de juger si la lésion est simplement papillaire, par conséquent bénigne, ou si elle est du type carcinomateux, c'est-à-dire infectant. Quel que soit le traitement adopté, le pronostic pourrait être ainsi à peu près établi d'avance.

M. Dubois-Havenith croit, en effet, qu'il y a deux variétés : l'une bénigne, l'autre maligne, mais le pronostic dépend aussi de la localisation. Les épithéliomes du bout du nez et de la joue guérissent assez bien. Ceux de la narine, de l'angle de l'œil sont beaucoup plus dangereux. Comme caustique, la pâte de Bougard (pâte de Canquoin modifiée) donne de bons résultats.

M. Gastou croit, avec M. Darier, que la biopsie préalable serait utile dans bien des cas. Au point de vue du pronostic, la constatation de la syphilis, chez un sujet atteint d'épithélioma, a souvent une signification fâcheuse. Les interventions pour épithélioma chez les syphilitiques donnent de si mauvais résultats qu'il vaut mieux s'abstenir.

M. Darier estime que la méthode de Cerny est recommandable parce que l'acide arsénieux possède incontestablement une certaine action élective sur le tissu épithélial, malheureusement cette action n'est pas très pénétrante ; lorsqu'il existe des masses néoplasiques un peu volumineuses. M. Darier fait, avec le galvano-cautère, des tranchées pour faciliter la pénétration du caustique. Il a obtenu par ce procédé la cicatrisation d'un épithélioma récidivé chez un malade de M. Hermet. Actuellement il n'a plus trace de nodules suspects.

M. Besnier. — Le meilleur moyen pour préparer l'application de la pâte de Cerny est la rugination, et elle peut se faire à peu près sans douleur, grâce au chlorure de méthyle.

M. Hallopeau demande à M. Darier si l'*ulcus rodens* des Anglais a des caractères histologiques spéciaux.

M. Darier. — L'*ulcus rodens* est un néoplasme éminemment bénin : il correspond à l'épithélioma tubulé de Cornil et Ranvier, il est constitué par des boyaux de petites cellules qui s'enfoncent assez avant dans le derme, mais qui provoquent autour d'eux une réaction sous forme de sclérose intense qui les enserre et finit par les étouffer. C'est une forme spéciale spontanément curable.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

GYNECOLOGIE

Traitement de l'endométrite chez les nullipares.

Par M. BOUILLY.

Chez les jeunes nullipares, il n'y a pas de déchirures, pas de dégénérescence sclérokystique. L'orifice externe est étroit. La région moyenne du col est dilatée ; il s'y fait une sécrétion visqueuse, adhérente, jaune rougeâtre. Il y a rétention des sécrétions. La cavité cervicale ressemble à un petit baril. Les femmes qui ont des écoulements tenaces, visqueux, adhérents, sont d'ordinaire stériles, elles ont des lésions des culs-de-sac glandulaires, des glandes du col de l'utérus. Ces malades souffrent peu, mais elles ont des pesanteurs dans le bas-ventre. L'affection est-elle d'origine gonorrhéique ? C'est possible.

Que faut-il faire dans cas ?

Le curettage échoue.

Les injections antiseptiques ne font absolument rien.

Les tampons, imbibés d'alun ou de tannin, n'ont aucun effet.

Les topiques, appliqués sur la muqueuse cervicale, ne réussissent pas souvent. Les lésions glandulaires sont si profondes que l'antisepsie cervicale échoue.

Le Schröder est une opération compliquée, délicate, qui exige des sutures multiples. En somme, c'est une grande opération pour une petite lésion.

Pratiquer l'opération suivante :

Commencer par dilater l'utérus, pendant deux jours. Après lavage et raclage de la cavité utérine, on fixe la lèvres supérieure et intérieure du col et on commence l'opération proprement dite.

Avec un bistouri long et étroit, enlever, sur la demi-circumférence de chaque lèvre, un lambeau muqueux épais de 2, 3 ou 4 millimètres d'épaisseur, suivant la profondeur des lésions, en ayant soin de ne pas toucher aux commissures. On abruse ainsi la muqueuse, de façon à former deux demi-gouttières qui se regardent par leur concavité, et, n'ayant nulle tendance, après cicatrisation, à donner lieu à un rétrécissement. On a soin de conserver un pont de muqueuse sur les parties latérales du col. Cette muqueuse servira d'amorce pour la régénération de la muqueuse. L'orifice externe est largement ouvert.

Comme pansement, et pour prévenir une hémorragie post-opératoire — qui s'est quelquefois produite — il faut faire soigneusement un tamponnement à la gaze iodoformée.

(J. de méd. de Paris).

FORMULAIRE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations de formaline,

D'après M. le Dr LARDNER GREEN.

La formaline est le nom donné à la solution aqueuse saturée d'aldéhyde formique à 40 p. 100. La solution de formaline à 1 p. 100 est dénuée de toute action corrosive.

Le Dr L. Green a eu l'idée d'utiliser cette solution en vaporisation comme traitement de la phthisie pulmonaire. Il se sert d'une solution ainsi composée :

Formaline.....	3 parties.
Glycérine.....	id.
Eau.....	id.

Il en a obtenu de bons résultats dans la tuberculose au début ; on pense que c'est le meilleur moyen pour agir directement sur le bacille.

NOUVELLES.

Notre distingué collaborateur, M. le docteur E. Chagnon, vient de démissionner comme médecin aliéniste de l'Asile Saint-Jean de Dieu, après sept ans de services assidus. Le docteur se propose de se livrer à la pratique régulière de la médecine, s'occupant surtout de maladies nerveuses et mentales. Il tient son cabinet de consultation sur l'avenue Laval. Nos meilleurs souhaits de prospérité.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Hernie sus-ombilicale de la ligne blanche, Hernie épigastrique — Les maladies infectieuses, Fièvre typhoïde. — Coq-à-l'âne.....	345
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : L'obstruction intestinale par les calculs biliaires — Polyurie et imperméabilité rénale chez les cardiaques artéro-scléreux.....	347
CHIRURGIE : La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse — Des fistules usulo-intestinales acquises chez l'homme et la femme.....	348
OBSTÉTRIQUE : Grossesse tubaire — Traitement des infections puerpérales par le bain froid.....	349
THERAPEUTIQUE : Action du salicylate de soude sur la nutrition et en particulier sur la sécrétion biliaire. — Action du massage abdominal sur la chimisme gastrique.....	350
GYNÉCOLOGIE : Laparotomie et colpotomie vaginales.....	351
FORMULAIRE.....	352
NOUVELLES.....	252

Travaux Originaux

Hernie sus-ombilicale de la ligne blanche, Hernie épigastrique.

Communication faite à l'Association des internes de l'hôpital Notre Dame, à la séance du 28 mars 1900.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur adjoint de l'université Laval, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame, etc.

Au mois de novembre dernier, je vous rapportais une observation d'une hernie de la ligne de Spiegel ; le hasard me fit tomber entre les mains, au mois de janvier dernier, un autre malade intéressant dont je vais vous raconter l'histoire.

Le sujet est marchand de nouveautés ; il est obèse et mène une vie peu active.

Au commencement de janvier 1900, après un léger effort, il ressent une douleur assez vive à la région ombilicale et il constate la présence d'une petite bosse. Quelques heures après il est pris de douleurs au creux épigastrique, douleurs qui s'irradiaient en différents sens. Il s'est appliqué diverses choses sans résultat.

A l'examen, nous constatons, de fait, aussi bien que sa graisse nous permet de le faire, une tumeur, grosse comme un pruneau, tout près de l'ombilic ; assez mobile, assez douloureuse à la pression, dure, non rémittente, irrédentible, matée. Nous croyons à une petite épiplocèle ombilicale étranglée, avec réflexes gastriques. Le sujet est porteur de deux hernies inguinales depuis des années.

Deux jours après, le malade souffrant toujours de plus en plus — sans vomissements ou autres symptômes intestinaux, cependant, et étant très énervé, nous l'opérons.

Après avoir traversé une énorme couche de tissu adipeux nous arrivons sur la tumeur qui est petite, de la grosseur du ponce, et débridons l'anneau constricteur avant d'ouvrir le sac qui est recouvert d'un bourrelet graisseux sortant par l'anneau, et nous trouvons à l'intérieur de celui-ci uniquement de l'épiploon. Mais le point capital à noter, c'est que l'ouverture herniaire siégeait à trois centi-

timètres en haut de l'ombilic et était parfaitement indépendante de celui-ci, qui était intact. Il s'agissait donc d'une épiplocèle de la ligne blanche sus-ombilicale avec lipome periherniaire, ou d'une hernie épigastrique. Si nous relevons ce cas et si nous vous le rapportons, c'est pour signaler quelques distinctions pratiques. Nous ne pouvons mieux faire que de laisser parler Jaboulay (Chirurgie de Delbet et de LeDentu) : — " Les hernies épigastriques sont remarquables par l'intensité des phénomènes qu'elles provoquent et par l'exiguïté de leurs dimensions ; les symptômes locaux peuvent passer facilement inaperçus." Notre malade a souffert beaucoup de ces crises gastriques et des douleurs s'irradiant dans les flancs ; son système nerveux a été complètement bouleversé ; mais les symptômes locaux étaient marquants. Nous n'avons pas constaté chez lui le signe de Letten : " Si l'on fait tousser le malade debout, le haut du corps renversé en arrière, ou couché, en appliquant la main sur la saillie abdominale, on perçoit un ébranlement vibratoire, une sorte de frémissement qui donne la sensation tantôt du choc d'un liquide, tantôt de pois projetés contre la main." Pour Chailloux, les douleurs de l'estomac sont explicables en partie par les tiraillements du grand épiploon qui s'insère sur la grande courbure ; mais les mêmes causes existent dans les autres variétés de hernie ? Cette intensité des phénomènes, qui existent même dans les hernies non habitées, s'explique par la compression des pédicules vasculo-nerveux qui passent par les orifices normaux de la ligne blanche (Gussenbauer). Ces filets nerveux, qui appartiennent aux cinq derniers nerfs intercostaux, sont également l'origine des douleurs en ceinture et de la tendance aux vomissements : on connaît leurs anastomoses avec les plexus que les phréniques forment dans le diaphragme." Dans les dyspepsies, les troubles gastriques et symptômes simulant le tabès il faut penser aux hernies épigastriques, car " l'identité des troubles fonctionnels fait penser à des gastralgies, des dyspepsies, etc., dont l'origine échappe et effraie."

Un mot sur la pathogénie et l'anatomie pour bien faire saisir l'importance de connaître ces hernies. " La ligne blanche au-dessus de l'ombilic est un ruban aponévrotique tendu entre la graisse sous-cutanée qui lui est très adhérente et la graisse semi-fluide en connexion avec le péritoine pariétal ; ce ruban est constitué, d'après Poncet, par les fibres aponévrotiques des muscles abdominaux, qui s'entrecroisent sur la ligne médiane en formant des nattes très aiguës. Un nombre variable d'orifices elliptiques se trouvent ainsi délimités. Cette graisse extrapéritonéale a toute facilité pour s'insinuer dans ces orifices et elle entraîne le péritoine à sa suite. Ces orifices dilatés ne tardent pas à s'arrondir et à se transformer en de véritables anneaux fibreux."

On comprend facilement maintenant le mécanisme de la production des hernies épigastriques et le fait que leur contenu est particulier : " graisseux sans diverticule péritonéal, graisseux avec sac péritonéal contenant de l'épiploon, épiploon sans lipome, intestin et épiploon."

Notre malade dès les premières heures qui ont suivi l'opération, dans un moment de surexcitation nerveuse, a défait tout son pansement et a infecté sa plaie, d'où une guérison par " seconde " intention ; mais ses douleurs et ses malaises sont disparus. Nous avions résequé épiploon, sac et bourrelet graisseux.

Les maladies infectieuses.

(Suite)

FIEVRE TYPHOÏDE.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Comme dans la tuberculose, comme dans la diphtérie, le diagnostic précis de la fièvre typhoïde est parfois assez difficile à établir, surtout chez les enfants.

Plusieurs des principaux symptômes peuvent manquer ; certaines formes de dothiéntérie débutent quelquefois soit par une angine soit par un catarrhe gastrique, ou simulent plus souvent la méningite aiguë.

Certes, l'évolution thermique, telle qu'étudiée par Wunderlich, la tuméfaction de la rate, les taches rosées lenticulaires, les diarrhées fétides et sanguinolentes, l'état de stupeur, sont autant de symptômes qui aident à formuler un diagnostic clinique de fièvre typhoïde, mais souvent ces signes prodromiques manquent en partie ou ne possèdent point entre eux le lien ordinaire du type classique de la dothiéntérie. Parfois ces manifestations prennent un véritable caractère d'indécision et ne parviennent pas à leur complète éclosion ou elles varient tellement dans leur intensité et dans leur localisation que le clinicien le plus expérimenté est tout à fait dérouteré et ne peut pas formuler son diagnostic, ou de nombreuses complications se groupent aux lésions déjà existantes et changent totalement la marche prévue de la dothiéntérie, au point que cette affection première n'est plus reconnaissable.

Nous ne pouvons ici décrire toutes ces maladies diverses qui peuvent simuler, d'après l'apparition de symptômes identiques, la fièvre typhoïde dans les périodes d'invasion, d'état, et de déservescence ; qu'il nous suffise pour le moment de les nommer. Ce sont : l'embarras gastrique, le typhus, qui n'a aucune analogie avec la fièvre typhoïde, la fièvre herpétique, la fièvre paludéenne, la grippe, la fièvre hystérique, l'ostéomyélite aiguë, la méningite cérébro-spinale, la tuberculose miliaire aiguë ou granulé, la typho-bacillose (Landouzy), la tuberculose méningée, la fièvre syphilitique, la morve aiguë, la trichinose, l'endocardite infectieuse, les affections septicoémiques, et pyémiques d'origine puerpérale ou chirurgicale, la pneumonie typhoïde, la pleurésie typhoïde, c'est-à-dire avec état typhoïde, la néphrite infectieuse, le choléra, le méphitisme aigu, et l'appendicite.

Comme on le voit, la nomenclature est assez chargée, et c'est ce qui démontre d'une manière péremptoire la difficulté inévitable de prononcer un diagnostic formel de dothiéntérie, à moins d'avoir recours aux méthodes bactériologiques.

Celles-ci sont à la portée de tous et donnent inmanquablement une grande précision au diagnostic dans tous les cas douteux.

Il y a présentement trois méthodes pour reconnaître, au microscope, l'origine éberthienne d'une affection à symptômes typhoïdes non précis : 1° La culture des selles sur le milieu d'Elsner ; 2° la ponction de la rate ; 3° le séro-diagnostic de Widal :

(a) Milieu d'Elsner.

Ce procédé, que nous étudierons plus au long dans la suite, permet de reconnaître, au bout de quarant-huit heures, la présen-

ce du bacille d'Eberth dans les selles, et en même temps de le différencier du coli-bacille. Quoique sûre, cette méthode est longue et demande une grande habitude du laboratoire. Aussi est-elle peu employée aujourd'hui.

(b) Ponction de la rate.

Cette opération, pratiquée sur le vivant, donnait beaucoup de certitude au diagnostic, parce que, dans la fièvre typhoïde, le bacille typhique abonde dans cet organe, et sa présence, par cette ponction, serait facilement décelée. Mais ce procédé est dangereux et peu pratique d'ailleurs.

(c) Séro-diagnostic.

C'est un médecin français qui eut la gloire de faire connaître au monde savant ce moyen de diagnostic dont l'efficacité est universellement reconnue aujourd'hui.

Le 26 juin 1896, Fernand Widal, se basant sur les découvertes de Pfeiffer et de Koll, donna, devant les membres de la Société médicale des hôpitaux de Paris, une communication désormais célèbre, dans laquelle il décrit un procédé des plus rapides pour parvenir à un diagnostic clair et précis, de la fièvre typhoïde. Il démontra par de nombreuses expériences que le sang d'un typhique possède, dès le cinquième jour de la maladie, un pouvoir destructif sur le bacille d'Eberth.

Cette découverte prouva que, dans cette lutte incessante de l'organisme contre le microbe envahisseur, il y a non-seulement augmentation en nombre des phagocytes et modification des éléments cellulaires, mais aussi transformation des humeurs en substances microbicides.

Cette méthode de Widal est l'aide le plus puissant que peut posséder le clinicien pour arriver à un diagnostic précis de la fièvre typhoïde, entre toutes ces maladies qui la simulent parfois si bien

« Voici, par exemple, comme disait Dieulafoy devant l'Académie de médecine, en juillet 1896, un jeune garçon de 20 ans ; « il a été pris il y a quelques jours de fièvre, de céphalalgies violentes, de vomissements ; il toussait, l'auscultation de la poitrine décelait des râles sibilants disséminés ; la température atteint le soir 40° ; il n'y a point d'épistaxis, point de diarrhée, l'insomnie est persistante, et on se demande, avec anxiété, si l'on se trouve en face d'une fièvre typhoïde, maladie le plus souvent curable, ou en face d'une granulie, maladie presque fatalement mortelle. Sur quoi baser le diagnostic ? Sur la courbe de la température ? Mais elle est loin de suivre dans l'un et l'autre cas le schéma classique que nous lui connaissons. Sur les taches rosées lenticulaires ? Mais elles n'ont point encore apparu et ne paraîtront peut-être pas. Et cependant les râles augmentent, la dyspnée apparaît, tout fait redouter la granulie, les jours se succèdent, et le diagnostic reste indécis. Qui de nous, je le répète, en pareille circonstance n'aurait pas souhaité avoir à son service un moyen sûr de diagnostic ? Eh bien, ce moyen nous le possédons, M. Widal nous l'a donné. »

(à suivre)

Coq-à-l'âne médicaux.

Calculs rénaux et belladone. — D'après Murray, la belladone serait le meilleur agent que nous ayons tant pour calmer la douleur que pour obtenir l'évacuation du calcul. Mais pour obtenir les effets voulus il faut pousser le médicament jusqu'à effet physiologique très prononcé. Il faut donner de 15 à 40 gouttes de la teinture toutes les heures ou deux heures en surveillant l'action, non seulement jusqu'à cessation de la douleur, mais jusqu'à ce que le calcul soit passé. Ce traitement n'est efficace que pendant la crise de colique néphrétique. (*Rough. Notes on Rem.*)

Traitement des épanchements séreux. — Le docteur C. Lewis, de New-York, a employé le bleu de méthylène dans 20 cas de pleurésie avec épanchement séreux. Il retire environ 3 onces du liquide, de la plèvre et y ajoute à peu près 12 grains de bleu, puis il injecte le tout dans la cavité pleurale. Cette petite opération doit être faite bien aseptiquement et il procède ainsi : le bleu est déposé dans une éprouvette de 100cc dans laquelle vient s'ouvrir le tube d'aspiration de la seringue aspiratrice ; à côté du tube par le bouchon de l'éprouvette, passe en même temps un agitateur en verre. Le liquide aspiré est ainsi reçu dans l'éprouvette est mélangé avec le bleu, puis injecté dans la plèvre. Ce traitement a donné d'excellents résultats.

Endométrite hémorragique. — Silvestri rapporte d'excellents résultats obtenus par l'iode de potassium, en l'absence de toute teinte syphilitique — dans le traitement de la métrite fongueuse et des hémorragies accompagnant les fibromes. Il recommande ce sel comme prophylactique de l'avortement habituel. (*Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche.*)

Nouvelle méthode de coloration pour le sang. — Le docteur Jenner (*Lancet*) signale une nouvelle coloration du sang très pratique. On mélange dans un baquet parties égales d'une solution aqueuse (distillée) d'éosine à 1.2 à 1.25% et d'une solution également aqueuse de bleu de méthylène à 1%. On agite soigneusement avec une bague de verre. Au bout de quelques heures (24 au besoin), la solution est filtrée et le résidu est séché dans une étuve, au bain-marie, ou à l'air libre. On le pulvérise, puis on le mélange avec de l'eau distillée et on le lave sur un filtre. Il est de nouveau séché et pulvérisé. On peut aussi préparer le colorant en dissolvant les substances directement dans l'alcool méthylique absolu, et en mélangeant 125cc. d'une solution d'éosine à 0.5% avec 100cc. d'une solution de bleu à 0.5%. Pour s'en servir on dissout la poudre dans de l'alcool méthylique pur. Sans fixation préalable, une couche mince de sang est soumise à l'action de réactif pendant 2 ou 3 minutes, lavée à l'eau distillée, séchée et montée dans le baume au xylol. Les hématies sont couleur terre cuite, les noyaux des leucocytes sont bleus ; les granulations des globules blancs polymorpho-nucléaires et les myélocytes sont rouges ; les granulations basophiles sont violet foncé ; les plaquettes sont mauves ; les bactéries, les plasmodies et les filaires sont bleues.

Panaris diphtérique. — M. Hais, de Lyon, (*Lyon méd.*) rapporte trois cas de panaris dans le pus desquels on a trouvé le bacille de Loeffler. Ces cas étaient bénins, sans fausses membranes et avec liquide sero-purulent ; l'état aigu a été de courte durée, la réaction

général peu intense. Le sérum antidiphtérique n'a pas été employé et ce qui a réussi le mieux a été l'exposition à l'air libre et surtout au soleil. Ces cas ont été constatés chez des personnes chargées du soin de diphtériques. Il est important de connaître ces faits afin de prévenir le contagion et la dissémination de la maladie par les sujets porteurs de ces panaris.

Verrues et formaline. — M. Daniel aurait réussi à faire disparaître les verrues en faisant 2 ou 3 badigeonnage avec de la formaline pure (40%). Il suggère ce médicament contre les condylomes et les papillomes. (*Presse méd.*)

Pyocolpos chez une enfant nouveau-née. — M. Vitrac rapporte à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux, une distension du vagin et de l'utérus par 200 grammes de liquide, rétention consécutive à une imperforation de l'hymen avec soudure partielle des petites lèvres dans leur tiers inférieur. Il n'y avait aucune autre anomalie congénitale. L'enfant est morte au 32^e jour. Le liquide stérile contenait des cellules pavimenteuses et des globules de pus.

Coloration de bacille de Koch. — 1° Colorer, à chaud, dans du Ziehl, pendant une moyenne de 30 secondes, ou même moins ; 2° Rejeter excès du colorant, sans laver ; 3° faire agir une solution d'acide tartrique ou d'acide citrique à 1/10 pendant 20 à 30 secondes, jusqu'à décoloration présentant légère teinte rosée ; 4° Laver rapidement à l'alcool, à 60° suffit ; 5° avage à grande eau ; 6° Recolorer le fond par le bleu de méthylène aqueux ou phéniqué faible.

Avec cette méthode il n'y a guère de danger de décoloration par les acides organiques employés (tartrique, citrique, acétique, lactique, oxalique, malique) ; le bacille conserve une teinte faible, même après 5 minutes d'action. (*B. Lafforgue in Presse méd.*)

Sueurs nocturnes des phthisiques traitées par la formaline. — Hirschfeld, de Berlin, recommande hautement la solution suivante : Formaline 40%, alcool absolu, de chacun 2 onces — Appliquer avec un tampon. L'effet durerait de 5 jours à un mois. Afin d'éviter trop d'irritation et un effet toxique, les passes seront faites d'une façon intermittente sur certaines parties du corps seulement. Le patient peut tenir au-devant de la bouche un tampon imbibé de térbentine (*Med. News.*)

NIBB.

Revue des journaux

MEDECINE

L'obstruction intestinale par les calculs biliaires.

L'obstruction intestinale par les calculs biliaires, qui constitue un accident de très haute gravité, n'est pas très rare, car M. Brochard a pu en réunir 91 cas dans sa thèse. C'est presque toujours au niveau de la valvule de Bauhin que les calculs s'arrêtent. Celle-ci, d'ailleurs, présente des dimensions très variables, ainsi que M. Brochard a pu s'en assurer en prenant la mesure, au moyen d'un

appareil ingénieux imaginé par lui, sur un grand nombre de cadavres.

Chez l'homme, le diamètre varie entre 27 et 35, et le diamètre moyen est de 31mm071.

Chez la femme, il oscille entre 26 et 33, et on trouve 29mm8 comme diamètre moyen.

Le diamètre moyen de tous les sujets sans distinction de sexe est de 30mm20, chiffre très supérieur à celui que Sappey avait donné et qui n'était que de 20 millimètres.

Comme, d'autre part, le diamètre moyen des calculs qui ont produit l'obstruction est de 30 millimètres environ, on conçoit que des calculs de ce genre ne passent que très rarement par le cholédoque. Celui-ci, en effet, se laisse parfois dilater ; mais, dans l'immense majorité des cas, la migration se fait par une fistule qui réunit la vésicule au duodénum. Le calcul ainsi lancé dans l'intestin peut, pour ainsi dire, se contenter d'y apparaître pour provoquer une occlusion mortelle, comme dans des cas cités M. Labadie-Lagrave (obs. I de la thèse de Garin). Plus souvent, après une pénétration franche, le calcul mélangé au chyme éheminera dans l'intestin grêle, entraîné par les mouvements péristaltiques ; ou bien, surtout si la fistule est haut située, les mouvements antipéristaltiques le remonteront à travers le pylore jusque dans l'estomac, d'où il sera vomé plus tard par le malade. Les vomissements de cholélithes ne sont point un fait excessivement rare.

Beaucoup plus fréquemment le calcul s'engage dans le duodénum, s'appropriant à parcourir la filière intestinale. Le plus souvent, le calcul adapte sa forme et son orientation, de telle sorte qu'il se trouve dans les meilleures conditions de progression, et au bout d'un temps hypothétiquement fixé par MacLagan à une dizaine de jours, il arriverait à la valvule de Bauhin.

Peut-être peut-il alors remonter encore, mais le plus souvent il reste fixé à ce point, et c'est de là que proviennent les phénomènes d'obstruction ; mais ces accidents ne se produisent qu'après un temps tout à fait indéterminé.

Ces accidents, il faut le reconnaître, sont d'un diagnostic très difficile. En présence d'un vieillard atteint d'occlusion intestinale, on doit envisager la possibilité d'une cholélithe pour en faire le diagnostic différentiel. Si l'on attend qu'un signe en éveille l'idée, on risque fort de passer à côté sans le voir, de n'obtenir sur les antécédents que des renseignements incomplets. La première chose à faire c'est l'étude minutieuse des antécédents biliaires : ictère, les coliques hépatiques, l'évacuation de calculs par vomissements ou dans les selles, la douleur de l'hypocondre droit et sa corrélation avec la digestion.

Ils manqueront souvent.

Les antécédents intestinaux seront recherchés avec le même soin. L'obstruction est-elle à répétition, les répités sont-ils francs ou bien trouve-t-on une difficulté permanente avec paroxysmes du cours des matières.

On procédera ensuite à l'examen objectif du malade. L'inspection indiquera peut-être une tuméfaction de la région de la vésicule biliaire. Quant au ballonnement du ventre, il est plus en rapport avec le siège de l'obstruction qu'avec sa cause. C'est un signe de valeur secondaire. La palpation décèle quelquefois une tumeur de la vésicule ou la disparition d'une tumeur persistante, une hyperesthésie de la région ; elle permettra de sentir un corps dur, mobile ou non, dans un point où le malade accusera quelquefois une douleur spontanée. Si l'abdomen est trop douloureux et trop tendu, la palpation devra être pratiquée sous le chloroforme. L'examen de la région hépatique sera particulièrement méticuleux.

Bien entendu on fera, comme dans toutes les occlusions, l'examen des trajets herniaires ; on pensera aux hernies rares. Le toucher rectal ne sera pas négligé ; on pourra employer les sondes

rectales, le lavement électrique qui sera à la fois un agent de diagnostic et un mode de traitement.

Il est à noter que la radiographie est impuissante à déceler l'existence d'un calcul biliaire.

Le pronostic de cette obstruction est extrêmement grave, car la moitié des cas environ se termine par la mort.

Si le diagnostic est posé, lorsque l'état général est bon et les accidents non menaçants, il faut prescrire l'huile de ricin à doses élevées, la belladone, les lavements électriques ou l'entérolyse. Mais si le diagnostic est douteux, il vaut mieux procéder à la laparotomie qui permet d'enlever directement l'obstacle.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Polyurie et imperméabilité rénale chez les cardiaques artério-scléreux.

Par MM. PIERRE MERKLEN et A. MARTIN.

MM. Pierre Merklen et A. Martin, rappellent que d'après la plupart des auteurs, la polyurie des cardiaques artério-scléreux résulterait de l'hypertension artérielle ; pour d'autres, elle dépendrait de l'imperméabilité rénale dont elle serait le phénomène compensateur ; elle pourrait encore tenir à une irritation directe ou réflexe, provoquée et entretenue par les altérations inflammatoires et dégénératives du rein. De nouvelles recherches ont amené les auteurs à conclure que sa cause principale est l'usage du lait, qui s'impose en raison de l'imperméabilité rénale. C'est une polyurie lactée et une polyurie nécessaire. Toutefois, son degré paraît dépendre de dispositions organiques individuelles dont la plus importante est la pléthore créée par l'abus prolongée d'une alimentation trop riche et surtout des boissons alcooliques.

Cette polyurie des artério-scléreux est, en effet, variable ; elle oscille entre deux et trois litres ; elle peut atteindre quatre ou cinq litres chez l'artério-scléreux pléthorique ; elle manque ou est minime chez le sénile. Pour les auteurs, ces degrés tiennent à la capacité variable de l'appareil circulatoire.

Le plus grand nombre des artério-scléreux présentent cette triade caractéristique : polyurie, hypertension artérielle, imperméabilité du rein (pour le bœuf et pour l'urée). Néanmoins, la polyurie peut exister sans imperméabilité et l'imperméabilité sans polyurie.

Cette imperméabilité existe souvent, le plus souvent même, sans les altérations macroscopiques et microscopiques du petit rein contracté. Le rein des malades, examinés par les auteurs, à ce point de vue, différait peu, comme aspect extérieur, du rein cyanotique des cardiaques.

Il semble donc légitime d'admettre que le rétrécissement artériel créé par l'artério-scléreux rénale produit une sorte de dystrophie épithéliale du rein qui se traduirait par l'imperméabilité. Le lait, grâce à sa puissante action diurétique, compense, pendant de longues périodes, l'imperméabilité rénale d'origine ischémique et dystrophique. Il paraît avoir une action spécifique sur la fonction rénale. Il active à la fois la sécrétion d'eau, celle de l'urée et des autres principes excrémentitiels. La polyurie donne la mesure de son efficacité.

(*Soc. méd. des hôp. — Ind. méd.*)

CHIRURGIE

La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

Par M. OMNÈS (thèse de Paris).

Omnès donne comme indications absolues de la laparotomie dans la tuberculose péritonéale : 1° l'occlusion intestinale ; 2° la

perforation intestinale ; 3° la suppuration ; 4° la nécessité de trancher par la laparotomie un diagnostic incertain.

En dehors de cela, dans la forme ascitique, la laparotomie non seulement évacue le liquide et fait disparaître les accidents qu'il détermine, mais encore elle empêche le liquide ascitique de se reproduire en hâtant le processus fibro-formatif curateur.

Il est plus difficile de concevoir le mode d'action de la laparotomie dans la forme fibreuse.

Dans les formes ulcéreuses suppurées, l'intervention agit évidemment en évacuant un foyer suppuré.

Par contre, en dehors des formes défavorables, les contre-indications opératoires sont au nombre de trois, principales : 1° une cachexie trop prononcée ; 2° une tuberculose pulmonaire avancée ; 3° une tuberculose intestinale bien nette.

Quant à la forme miliaire aiguë, il est évident qu'elle ne peut être opérée avec succès.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Des fistules vesico-intestinales acquises chez l'homme et la femme,

Par M. PASCAL (thèse de Paris)

M. Pascal fait une étude très complète des fistules vésico-intestinales et, au point de vue opératoire, règle ainsi les indications.

Étant donné un malade porteur d'une fistule vésico-intestinale, il faut d'abord rechercher : la nature de la lésion, le siège de la fistule, ses caractères, et étudier la santé générale du sujet.

Après application de soins médicaux, immédiats, réguliers, étroitement surveillés, il faut, s'il n'y a pas d'amélioration suffisante et rapide, songer au traitement chirurgical.

On doit alors distinguer les fistules rectales hautes intestinales proprement dites, inaccessibles par l'anus, siégeant par conséquent, sur la partie supérieure du rectum ou au-dessus.

Aux fistules basses s'appliquent les interventions chirurgicales par l'anus ou le périnée chez l'homme, par l'anus ou le vagin chez la femme. Ces interventions devront être tenaces et répétées.

Dans les fistules hautes, ou dans le cas de doute sur la cause et le siège, il faut avoir recours à la cystostomie, procédé d'exception, et surtout à la laparotomie, procédé de choix.

La laparotomie, suivant les cas, demeurera exploratrice ou deviendra curative.

Elle seule permet de vérifier la nature, la forme, les dispositions de la communication anormale ; de traiter à la fois la maladie causale et la fistule, et, suivant la gravité des lésions, de tenter une suture directe à ciel ouvert, ou, en cas d'impossibilité, de créer soit une entéro-anastomose, soit un anus contre nature.

En résumé, le traitement médical à toutes les périodes de la maladie, l'intervention chirurgicale par la voie périnéo-rectale dans les fistules accessibles par le rectum, par la laparotomie dans les fistules hautes, doivent permettre désormais de guérir quelquefois, d'améliorer souvent, de soulager toujours et dans une assez large mesure les malheureux porteurs de cette terrible infirmité.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Les lymphatiques et le cancer de l'estomac.

Par M. CUNÉO (thèse de Paris)

M. Cunéo apporte une contribution importante à la chirurgie de l'estomac dont le développement va chaque jour s'accroissant.

M. Cunéo étudie les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de l'estomac.

Les lymphatiques de l'estomac forment deux systèmes distincts : le système des lymphatiques muqueux et le système des lymphatiques musculo-séreux. Tous aboutissent par un nombre variable de troncs collecteurs aux ganglions des chaînes parastomacales.

Ces collecteurs se disposent en trois groupes : un groupe supérieur allant aboutir aux ganglions de la chaîne coronaire stomacique ; un groupe inférieur allant se terminer dans les ganglions sous et rétro-pyloriques — un groupe gauche, aboutissant aux ganglions de la chaîne splénique. Les troncs supérieurs représentent la voie lymphatique principale de l'estomac.

Les lymphatiques sous-aéreux de l'estomac sont indépendants de ceux du duodénum. Par contre, il existe des communications entre les réseaux sous-muqueux de ces deux organes.

L'envahissement du système lymphatique joue un rôle important dans l'extension locale du cancer de l'estomac. Il explique la tendance remarquable qu'a le cancer du pylore à envahir la petite courbure. — L'intégrité habituelle du duodénum tient surtout à l'absence de continuité de la sous-muqueuse gastrique et de la sous-muqueuse duodénale. Dans les cas où le duodénum est envahi, cet envahissement se fait fréquemment par la voie lymphatique.

Comme tout épithélioma, le cancer de l'estomac tend à envahir les ganglions lymphatiques ; il faut distinguer les adénopathies qu'il provoque, en adénopathies immédiates et en adénopathies à distance.

Ces différentes particularités anatomo-pathologiques ont une grande importance pratique. L'envahissement habituel de la petite courbure implique la nécessité de pratiquer la résection de l'estomac sur une étendue aussi grande que possible.

L'infection presque constante des ganglions fait de leur extirpation la condition *sine qua non* d'une opération radicale. Le groupe dont l'ablation présente le plus d'importance est le groupe de la petite courbure. — Il faut, autant que faire se peut, enlever en bloc le néoplasme et les ganglions infectés, à cause des lésions fréquentes des lymphatiques, intermédiaires entre ces ganglions et la tumeur stomacale.

L'existence d'adénopathies étendues contre-indique l'intervention radicale et ne permet qu'une opération palliative. Celle-ci sera le plus souvent une gastro-entérostomie. Dans quelques cas exceptionnels on pourra cependant être amené à pratiquer une gastrectomie à titre palliatif.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

OBSTÉTRIQUE

Grossesse tubaire.

M. Routier fait un rapport à la Société de Chirurgie, sur deux cas de grossesse ectopique tubaire rompue, avec inondation péritonéale, communiqués par MM. Morestin et Auvray ; Dans ces deux cas, les auteurs ont suivi la conduite la plus rationnelle, c'est-à-dire la laparotomie, la toilette du péritoine et la ligature de l'artère qui donne du sang. C'est la conduite que suit M. Routier et il insiste sur la nécessité de faire une bonne toilette du péritoine. Il s'applique à assécher le plus possible le péritoine, n'acceptant pas l'opinion des chirurgiens qui prétendent que le sang laissé dans la cavité abdominale, dans ces cas, y joue le rôle bienfaisant du sérum. M. Routier préfère injecter du sérum artificiel sous la peau, plutôt que de compter sur le sérum naturel du sang épanché dans le ventre. Enfin

M. Routier n'est pas partisan du Mickulicz et n'y a recours qu'exceptionnellement. Quand il veut drainer, il préfère de beaucoup placer un gros tube de caoutchouc. Un dernier détail qui a bien son importance : ces malades sont habituellement opérés dans la position de Trendelenbourg ; quand on veut bien assécher le péritoine, il faut avoir soin, après qu'on a bien nettoyé le petit bassin, de redresser la malade et de la mettre dans la position horizontale ; on voit alors du sang qui était tombé dans la grande cavité péritonéale revenir dans le petit bassin où on peut facilement l'extraire.

(Gaz. des hôpitaux.)

Traitement des infections puerpérales par le bain froid.

M. Brehier étudie, dans sa thèse inaugurale, faite sous l'inspiration de M. Ribemont, les indications de ce nouveau mode de traitement.

C'est surtout dans la septicémie puerpérale proprement dite que cette méthode peut rendre de grands services : toutefois, dans les cas où il y aurait une phlegmatia alba dolens, il serait dangereux de transporter le malade au bain.

En résumé, on obtiendra surtout de véritables succès dans la septicémie puerpérale, où l'organisme est empoisonné tout entier par les produits toxiques de l'agent infectieux : dans les localisations, si le traitement hydrothérapique est un bon adjuvant, il est en général insuffisant, et l'intervention chirurgicale s'impose suivant le principe général qu'il faut toujours évacuer une collection de pus.

Quant à l'application du traitement, voici comment elle est faite dans le service de M. Ribemont-Dessaignes : on emploie, pour la malade, soit le bain, soit l'enveloppement, suivant que l'état général est plus ou moins mauvais.

La température axillaire est prise toutes les trois ou quatre heures, suivant les cas. On donne le bain ou l'on fait l'enveloppement si elle dépasse 38°4 ; on l'abaisse jusqu'à 22 : si la malade peut supporter sans accidents le passage brusque à cette température, il y a tout avantage à cela ; on obtiendra des effets plus rapides et plus marqués. Il n'est pas besoin de dire que si l'état du cœur faisait craindre la syncope, on ménagerait d'abord la transition. On laisse la malade dans le bain jusqu'au frisson, puis on la reconche, suivant les indications du professeur Dienlaffoy : les alcooliques sont aussi largement administrés.

M. Ribemont a, en outre, l'habitude de faire des injections sous-cutanées de sérum artificiel, dont les propriétés diurétiques sont efficacement aidées par celles du bain.

Un certain nombre de malades ont été exclusivement traitées par le drap mouillé ; dans ces cas la malade est laissée au minimum une demi-heure enveloppée dans son drap.

Les observations citées montrent la confiance que peuvent avoir en ce moyen les praticiens qui n'ont pas sous la main une baignoire comme à l'hôpital ou dans une ville.

Si l'abaissement thermométrique est moins marqué après un enveloppement qu'après un bain, la répétition de ces enveloppements permet d'arriver à un résultat presque aussi satisfaisant.

Voici, d'ailleurs, comment on procède : Il est avantageux d'avoir deux lits, celui où la malade est couchée d'habitude et celui sur lequel elle sera enveloppée dans le drap mouillé : le lit du drap mouillé n'a pas besoin d'être compliqué, il suffira d'un matelas que l'on peut même, à la rigueur, étendre par terre si l'on n'a pas un second lit à sa disposition. Il sera préférable de le recouvrir d'une toile cirée, puis on place au-dessus une couverture de laine sans la border. L'on prend un drap ordinaire, que l'on trempe dans un ba-

quet d'eau froide : après avoir étreint un peu le drap pour que l'eau ne dégoutte pas trop, on l'étend sur la couverture, puis la malade étant nue, on la transporte de son lit sur le drap mouillé dans lequel on l'enveloppe complètement, la figure seule restant découverte ; on relève ensuite la couverture sur le drap et on laisse la malade un temps variable suivant les auteurs. Certains d'entre eux changent le drap toutes les dix minutes pour avoir de l'eau plus fraîche.

(Journal de médecine et de chirurgie prat. — J. Méd. de Paris)

THERAPEUTIQUE

Action du salicylate de soude sur la nutrition et en particulier sur la sécrétion biliaire.

Nous pouvons résumer en quelques propositions le principaux faits qui découlent de notre travail.

Sous l'influence du salicylate de soude sur l'organisme dans l'état normal, on observe :

- 1° Une légère diminution de la diurèse (de 7 p. 100 environ) ;
- 2° Une augmentation de la matière colorante des urines ;
- 3° Une augmentation de l'acidité urinaire ;
- 4° Une augmentation notable de l'acide urique (plus de 50 p. 100) ;

5° *L'invariabilité* du soufre complètement oxydé (acide sulfurique des sulfates et phénols-sulfates) entraîne cette conséquence, que les *oxydations intraorganiques*, contrairement au dire des auteurs, *ne subissent pas d'action retardante* ;

6° *L'intensité* — on pourrait dire le *degré de perfection* — des *phénomènes de régression (d'hydrolyse)* des matières protéiques, mesurée tout particulièrement par l'azote de l'urée et aussi, dans une certaine mesure, par le rapport azoturique, *n'est pas diminuée*, contrairement encore à ce qu'ont annoncé la plupart des auteurs ; car les faibles variations constatées tiennent à des actions dont les causes *n'ont aucun lien direct* avec les phénomènes d'hydrolyse qui conduisent à l'urée ;

7° Le soufre total est accru par suite de l'augmentation du soufre incomplètement oxydé *d'origine biliaire* ;

8° *La sécrétion biliaire est augmentée* : non seulement la partie aqueuse augmente, mais aussi les matériaux solides ; ce dernier point était contesté par un assez grand nombre de physiologistes et nous avons dit pourquoi. Cette propriété importante du salicylate de soude, la *chimie urinaire nous a permis de l'établir* et cela, sans opération et, par conséquent, sans faire intervenir des conditions physiologiques plus ou moins anormales chez l'animal en expérience ;

9° *L'acide phosphorique est augmenté* d'une façon appréciable en valeur absolue et aussi par rapport à l'azote totale. Il y a bien des raisons d'attribuer cet accroissement à la suractivité de la fonction biliaire.

10° *Les matières fixes augmentent* notablement et cette augmentation porte principalement sur les matières organiques. Nous avons dit, à ce sujet, qu'il y avait lieu de tenir compte de l'élimination par l'urine de l'acide salicylique lui-même ;

Le rapport de l'urée aux matières fixes est nettement *diminué* ; c'est une conséquence de l'augmentation des matériaux solides, car l'urée n'a pas sensiblement varié ;

11° Un certain nombre d'éléments (soufre total, acide urique, acide phosphorique, etc.), en dehors du salicylate de soude, contribuent à augmenter les matières fixes de l'urine et justifient la por-

priété de "désassimilateur" qu'on a attribuée à ce médicament ; mais l'accroissement relativement faible de ces quelques éléments ne permet pas d'en faire le désassimilateur puissant que l'on croyait ;

12° On peut ajouter que cette désassimilation a son origine, en grande partie tout au moins, dans l'action du salicylate de soude sur la fonction biliaire ;

13° Les nombreuses et importantes indications thérapeutiques concernant le salicylate de soude dérivent des différentes propriétés physiologiques connues de corps et, tout particulièrement, des faits qui ont été exposés dans ce travail sur la suractivité de la fonction biliaire, ainsi que sur la non diminution des phénomènes d'oxydation et d'hydrolyse intraorganiques ;

14° La propriété qu'a le salicylate de soude de suractiver la fonction biliaire, jointe à celle qu'a la bile de retarder dans l'intestin la production des produits de fermentation (même quand elle ne contient pas de salicylate de soude), jointe aussi à la solidarité qui doit exister entre les diverses fonctions du foie et particulièrement celle concernant l'action destructive des poisons, trouve en pathologie des applications d'un grand intérêt.

(Soc. de méd. et de chir. prat. — J. de méd. de Paris).

Action du massage abdominal sur le chimisme gastrique.

M. Cautru (Soc. de therap.) dit qu'il faut distinguer l'hypopepsie de l'hyperpepsie. Quand il y a hypopepsie due à un ralentissement de l'évolution digestive, le massage, activant cette évolution, fait monter rapidement le taux de l'acide chlorhydrique libre. Quand il y a gastrite, il faut des mois et des années pour que le chimisme se régularise. Dans certains cas d'apepsie (tuberculeux, alcooliques), avec atrophie glandulaire, les symptômes fonctionnels s'améliorent, mais les signes chimiques ne suivent pas cette transformation, l'acide chlorhydrique libre pouvant ne plus jamais apparaître dans les analyses, quelle que soit l'amélioration obtenue.

Dans l'hyperpepsie, le massage abdominal n'est indiqué que chez les arthritiques congestifs à circulation abdominale ralentie. Tous les chiffres du chimisme sont élevés et la valeur T (chlore total), bien au-dessus de la normale, indique une congestion intense de la muqueuse. Le massage amène rapidement la décongestion par ses effets diurétiques, et régularise le chimisme.

Dans l'hyperchlorhydrie d'origine nerveuse des neurasthéniques excités, des cérébraux, le massage abdominal est contre-indiqué. Il augmente les troubles nerveux. Le point de départ du mal est dans le centre cérébro-spinal, il n'est pas à l'estomac. C'est donc l'état général qu'il faut soigner.

(Indép. Méd.)

GYNECOLOGIE

Laparatomie et colpotomie vaginale.

(Soc. imp. et roy. des méd. de Vienne.)

Par M. SCHAUTA.

M. Schauta expose les raisons qui doivent guider le chirurgien et lui faire préférer la laparatomie à la colpotomie ou inversement dans les principaux cas où ces opérations sont indiquées.

Dans les affections ovariennes, l'auteur pense que, seuls, les kystes mobiles peuvent être extirpés à l'aide de la laparatomie

quand ils sont volumineux : les adhérences et les torsions du pédicule constituent une contre-indication à cette intervention. Il en est de même lorsque ces kystes contiennent des liquides trop épais, ou quand les kystes sont dégénérés. Pour l'ablation des petits kystes, la laparatomie est préférable à l'opération vaginale, car ces tumeurs sont souvent multiples.

L'extirpation des kystes par la voie vaginale doit être réalisée de préférence au moyen de la colpotomie antérieure, car ces tumeurs siègent généralement en avant ; quand elles occupent la cavité de Douglas, c'est la colpotomie postérieure qu'on devra recourir ; en outre, il ne faut pas hésiter à enlever l'utérus en même temps que le kyste quand celui-ci est bilatéral, lorsqu'il est en voie de dégénérescence ou si son contenu est infecté. Sur 21 malades auxquelles l'auteur a fait cette opération, 13 seulement ont succombé.

Les interventions sur les annexes pratiquées d'un seul côté échouent souvent parce qu'il est rare que l'affection ne soit pas double. Les inflammations des annexes consécutives à la blennorrhagie doivent être traitées autant que possible médicalement, et si l'on a recours à une opération, il faut que celle-ci soit radicale ; cela n'est pas toujours possible à cause des adhérences qui unissent souvent les productions inflammatoires aux intestins.

Dans la grossesse extra-utérine, la laparatomie seule est indiquée si la grossesse est avancée ; dans les premiers mois, au contraire, on peut pratiquer la colpotomie ; il ne faudra pas oublier, toutefois, que si la grossesse est compliquée d'une hématoécèle, l'abaissement de la pression intra-abdominale résultant de l'opération pourra provoquer une nouvelle hémorrhagie.

L'énucléation des myomes par le vagin avec conservation de l'utérus ne peut être effectuée que dans les cas où la tumeur ne dépasse pas le volume du poing. Dans 7 cas de cette catégorie, M. Schauta n'a eu que des guérisons ; tandis que sur 29 malades laparotomisées 5 ont succombé. L'auteur a encore utilisé la méthode vaginale dans 250 cas de cancer de l'utérus ; 29 malades opérées depuis six ans n'offrent pas jusqu'à présent de récidives.

Les sarcomes, les adénomes et les prolapsus de la matrice peuvent le plus souvent être traités par la voie vaginale. Quant à l'opération césarienne vaginale, suivant la méthode de Porro, elle est indiquée surtout dans les cas de rupture ou d'atonie de l'utérus.

La castration ne doit être pratiquée que par la voie vaginale. Sur 70 opérations de ce genre, M. Schauta a eu seulement 2 décès.

(Indép. méd.)

Le mercurool dans la gonorrhée.

A une assemblée de l'Académie de médecine de New-York, section des maladies génito-urinaires, qui eut lieu le 21 mars dernier, M. le docteur Ferd. C. Valentine a rapporté un cas de gonorrhée traitée par les lavages au mercurool. Le patient était un américain âgé de 32 ans, marié, et secrétaire d'une municipalité. Ce malade était anxieux de guérir avec le moins de perte de temps possible. Il a eu plusieurs gonorrhées dans le passé, qui lui ont amené un rétrécissement urétral. Le 21 janvier dernier, étant dans un état d'ébriété, il a eu un coït *extra domum*. Trois jours après, il commença à perdre du pus, et il ressentit de vives douleurs en urinant. Il se mit sous nos soins, et pendant 10 jours, jusqu'à deux fois par jours, nous avons lavé l'urèthre avec le mercurool à 5%. Le pus devint de bonne couleur aussitôt et l'urine reprit sa limpidité ordinaire. Après le premier jour du traitement, à l'examen bactériologique, nous avons trouvé un grand nombre de gonocoques, avec leur groupement caractéristique. Deux jours après, après le cin-

quième lavage, les gonocoques disparurent. Une sensation d'échappement se fait quelquefois sentir après chaque injection, mais alors on peut diminuer la force de la solution, et cette douleur s'en va graduellement. Cet exemple prouve amplement l'efficacité du mercurool dans le traitement des gonorrhées. Le mercurool dont il a été fait usage dans ce cas avait été préparé par le Dr Karl Schwickerath de Détroit.

Dr Ramon Guiteras dit que le mercurool est d'un usage courant à l'hôpital *New-York Post-Graduate*. Le traitement a été donné tel que présenté sur la circulaire. On commence par des solutions faibles, dont on augmente la force graduellement. Ainsi on prépare une solution d'un et demie pour cent et on peut augmenter jusqu'à 2 pour cent. Le docteur Guiteras assure que le mercurool est un aussi bon germicide que le protargol et le permanganate.

D'autres rapports sur les succès du mercurool seront donnés à d'autres assemblées.

FORMULAIRE

Poudre antiseptique

(Plaies et ulcères fétides) :

Sous-nitrate de bismuth..... 30 grammes.
Goudron de bois..... 1 gr. 50 c.

M.

Pour saupoudrer les plaies.

Un traitement des verrues.

Ce traitement est à la fois escharotique et antiseptique. Dans ce but, on fait usage de l'acide salicylique et du mercure.

Le *Collodion salicylique* a pour formule :

Acide salicylique..... } à 1 gramme.
Alcool à 90°..... }
Ether..... 2 gr. 50 cent.
Collodion..... 5 grammes.

Quotidiennement on enduit la surface de la verrue d'une couche de ce collodion.

Kaposi pratibue chaque jour le badigeonnage de la verrue et des tissus adjacents à sa base avec une brosse imbibée du *collodion mercuriel*.

Bichlorure de mercure..... 1 partie.
Collodion élastique..... 30 parties.

Traitement de la Morphinomanie.

Interner le malade ; diminuer graduellement la dose de morphine ; le médecin fera lui-même les injections en ayant soin de ne pas donner la morphine pure, la combiner avec sulfate d'atropine :

Chlorhydrate de morphine..... 0 gr. 25.
Sulfate neutre d'atropine..... 0 gr. 01.
Eau distillée..... 10 gr.

F. s. a. 1/2 seringue de Pravaz, 2 fois par jour.

Interner le malade dans une maison de santé spéciale.

— JENNINGS. —

Prescrire des toniques du cœur.

Sulfate de spartéine..... 0 gr. 30.
Srop de Tolu..... 30 gr.
Eau distillée de tilleul..... 70 gr.

F. s. a. 2 à 3 cuillerées à bouche par jour (1 cuillerée contient 0 gr. 05 de spartéine).

Si nervosisme, insomnie :

Bromure de sodium 1 gr. 50 par jour.

Contre les troubles gastriques :

Acide phénique..... } à 5 gr.
Teinture d'iode..... }

F. s. a. 1 goutte dans de l'eau avant chaque repas.

Ou :

Salicylate de soude, 1 gr. 50 dans du lait, 3 fois par jour.

CHÉRON. —

Remplacer les injections de morphine par :

Bromhydrate de quinine..... 1 gr.
Alcool à 90°..... 2 gr. 50.
Eau distillée..... 7 gr. 50.

F. s. a.

Massage, électricité, hydrothérapie. Surveillance, alimentation tonique, champagne frappé, vin de coca, quinquina.

L'HEROÏNE.

Le numéro d'Avril du *Druggist's Circular and Chemical Gazette*, dit en résumé : Nous avons mentionné dans notre numéro de mars deux cas de vomissements persistants, après l'usage de l'héroïne. Ces cas, ainsi que nous l'avons dit, ont été rapportés par le Dr Thomson dans le *New-York Medical Journal*. Le Dr Robinson rapporte aussi des cas semblables. Celui-ci pense que l'héroïne, qui est un diacety-morphine, se transforme, après absorption, en apomorphine. Le docteur Mangas a attiré l'attention sur ces résultats de l'usage de l'héroïne. Il a l'habitude de dire au patient que, quand les vomissements arrivent, de cesser l'usage de l'héroïne. De nouveaux faits rapportés font voir le danger de ce médicament. Nous le remplaçons par la codéine qui est inoffensive et qui est toujours constante dans ses effets. La combinaison de la codéine avec l'antikamnia présente le meilleur mode d'administrer ces médicaments. Aussi nous conseillons fortement l'usage des tablettes de codéine et antikamnia.

NOUVELLES.

L'université McGill vient de faire plusieurs nominations nouvelles à la Faculté de médecine, entre autres notre ami le docteur Wyalt Johnston occupera la chaire d'assistant professeur d'hygiène, chaire créée pour lui. Nos félicitations les plus sincères.

NECROLOGIE

M. Léopold Dandurand, étudiant en médecine, est mort accidentellement jeudi dernier, le 26 avril, à l'âge de 24 ans.

Nos condoléances à la famille.

A Acton Vale, P. Q., le 25 courant, à l'âge de 80 ans et 4 mois, Pierre Emile Mignault, Ex, M. D.

Les funérailles ont eu lieu samedi, le 28, au milieu d'un grand concours de parents et d'amis.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Les maladies infectieuses, Fièvre typhoïde.....	353
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Signe différentiel des pustules varioliques chez les vaccinés et les non vaccinés — Nouvelles recherches sur le volume du cœur et les modifications de la circulation périphérique dans la tuberculose — Du rythme couplé du cœur dans les maladies aiguës.....	355
CHIRURGIE : Tumeur gazeuse du cou.....	356
OBSTÉTRIQUE : Appendicite et grossesse.....	357
GYNÉCOLOGIE : Sur la blennorrhagie utérine — De la dilatation ano-rectale comme traitement des douleurs du cancer inopérable de l'utérus.....	357
THERAPEUTIQUE : Traitement de l'obésité — Traitement de l'épilepsie par les bromures alcalins — Médications bromurés dans l'épilepsie — Traitement de l'épilepsie par la scaplamine.....	358
MALADIES NERVEUSES : Psychose toxique par abus de thyroïdine — Délire aigu — Deux cas d'appendicite hystérique traités chirurgicalement.....	359
QUESTIONS ET REPOSES.....	360
FORMULAIRE.....	360
NECROLOGIE.....	360
NOUVELLES.....	360
NOTE DE L'ADMINISTRATION.....	360

Travaux Originaux

Les maladies infectieuses.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

(Suite)

La méthode à suivre pour obtenir ce phénomène d'agglutination est des plus simples.

On recueille, dans une petite éprouvette, du sang d'un typhique, à peu près 10 gouttes, et au bout de quelques minutes, un liquide clair se détache du caillot sanguin, constituant le sérum. Dans cette dernière opération, il est entendu qu'il faut user de précautions les plus aseptiques.

"Si, dit Widal, à dix gouttes d'une culture en bouillon de bacille d'Eberth, on ajoute une goutte de serum ainsi obtenue, on peut, au bout de quelques minutes, si le serum provient d'un typhique, constater, sous le microscope, les agglomérats microbiens caractéristiques. Les bacilles, au lieu de s'agiter en tous les points de la préparation, animés en tous sens des mouvements les plus variés, sont groupés, en amas, formant des îlots séparés par de larges espaces vides où l'on trouve, encore souvent, quelques éléments mobiles et isolés."

Le séro-diagnostic, qui est incontestablement le moyen le plus sûr pour découvrir un cas de fièvre typhoïde parmi tant d'autres maladies présentant à peu près les mêmes symptômes, a été particulièrement étudié au Canada par le médecin-bactériologiste de notre Province, M. le docteur Wyatt-Johnston; celui-ci fit à l'assemblée de l'Association américaine d'hygiène (American Public Health

Association, Buffalo, tenue du 15 au 18 septembre 1896) une communication très importante que Widal lui-même s'empressa de faire connaître aux bactériologistes français.

M. le docteur Wyatt-Johnston, voulant donner à tous les médecins de la Province de Québec un moyen rapide de faire le séro-diagnostic, entreprit de prouver par de nombreuses expériences que le sang desséché d'un typhique, même après trois jours, peut encore si l'on le dilue de nouveau, agglomérer les bacilles d'un bouillon de culture. Ce fait admis, il était facile d'établir un système éminemment pratique pour les médecins n'ayant pas chez eux l'outillage nécessaire pour faire les examens microscopiques; aussi le mode actuel pour obtenir le séro-diagnostic donne-t-il pleinement satisfaction tant sous le rapport de la rapidité que sous celui de l'efficacité.

Un médecin est appelé auprès d'un cas douteux de dothiérienne, et il veut alors par le séro-diagnostic s'assurer de l'origine éberthienne de la maladie qu'il traite. Sur sa demande, le laboratoire de la ville ou celui de la province lui fournira une feuille de papier stérilisé, sur laquelle il déposera une ou deux gouttes de sang du malade et qu'il laissera sécher quelque peu. Ceci obtenu, il renverra le papier au bactériologiste, qui, dans les vingt-quatre heures, lui communiquera le résultat de l'examen microscopique.

Le praticien, qui possède chez lui un microscope et ses accessoires peut obtenir la réaction agglutinante d'une façon rapide, ainsi que l'a décrit Catrin (du Val-de-Grâce). On dépose entre une lame et une lamelle environ 10 gouttes d'une culture sur bouillon de bacilles d'Eberth, et on ajoute sur le bord de la lamelle une goutte de serum d'un typhique. Alors on voit, par le microscope, les bacilles perdre peu à peu leurs mouvements caractéristiques pour devenir complètement immobiles et se grouper par îlots largement espacés. Cette manière d'examen simplifiée beaucoup la méthode première telle que préconisée par Widal et permet pour ainsi dire de constater de visu ce phénomène de l'agglutination, sans pouvoir en comprendre malheureusement les différentes phases.

Les dernières expériences réalisées par les bactériologistes les plus connus n'ont révélé que peu de chose sur la nature même de l'agglutination.

Il est admis cependant que cette réaction agglutinante traduit la défense de l'organisme contre le microbe envahisseur; ce n'est pas une réaction d'immunité, mais une réaction de la période d'infection.

Ce pouvoir agglutinant se retrouve, chez le typhique, non-seulement dans le sang, mais aussi dans les humeurs; Widal l'a constaté quelquefois dans l'urine, presque constamment dans les sérosités du péricarde, du péritoine, de la plèvre, dans le lait et le colostrum, dans la bile, dans les larmes, etc.

Cette réaction s'exerce également sur le bacille mort que sur le bacille vivant. "Si l'on tue, dit Widal, une culture de bacille d'Eberth, vieille de 1 à 2 jours, en l'exposant à une température de 60° ou en l'additionnant d'une goutte de formol, pour 5cc. de bouillon, les bacilles continuent à s'agglutiner et cela durant plusieurs semaines."

Dans toutes ces humeurs, ce sont les substances albuminoïdes qui donnent au serum du typhique la propriété d'agglutiner le ba-

cille ; si, à travers d'une bougie de porcelaine, on retient par filtration ces substances, la réaction agglutinante disparaît. " Les substances albuminoïdes telles que le fibrogène, la globuline, ou la caséine, isolées des humeurs d'un typhique, enlèvent à ces humeurs ainsi modifiées la faculté agglutinative et la retiennent à leur profit. " Voilà le fait acquis. Il n'intéresse pas seulement le médecin, mais aussi le chimiste qui trouvera dans le phénomène d'agglutination une réaction nouvelle pour l'étude si délicate des substances albuminoïdes." (Widal)

Le pouvoir agglutinatif diminue ou augmente suivant les périodes de la maladie typhoïde, et, d'après Paul Courmont, cette courbe agglutinante chez les typhiques peut servir au séro-pronostic.

Peu accentuée dans les premiers jours, la réaction agglomérante augmente sensiblement pour diminuer au déclin de la maladie, quelquefois rapidement, et souvent lentement. On a vu des personnes posséder pendant plusieurs années cette puissance agglutinative.

Paul Courmont a rapporté plusieurs observations démontrant le rapport de la courbe agglutinante avec l'intensité de la maladie, et par suite avec le pronostic. Il résume son travail en affirmant que la formation de substance agglutinante dans le serum des typhiques est une réaction de défense de l'organisme.

La courbe de la température qui est la courbe d'infection, et la courbe agglutinante qui est celle de défense, concordent ensemble pour révéler la marche de l'affection et rendre compte de la gravité des symptômes. Toutes deux, elles servent puissamment au séro-pronostic de la fièvre typhoïde.

Le serum des typhiques ne possède pas seulement la propriété agglutinante. Au cours de la maladie, ce serum peut acquérir des propriétés vaccinales et atténuantes. Le pouvoir vaccinant est tout à fait indépendant du pouvoir agglutinant, mais il existe un parallélisme assez étroit entre les pouvoirs agglutinant et atténuant.

Nous reproduirons les conclusions du remarquable travail de M. Paul Courmont (1).

" I. COURBE AGGLUTINANTE CHEZ LES TYPHIQUES. — Nous l'avons étudiée chez quarante malades. Dans les formes simples, classiques, le pouvoir agglutinant s'élève progressivement, atteint son maximum à la fin de la période d'état, puis redescend rapidement, décrivant, le plus souvent, une courbe en clocher ou en toit.

" Au contraire, dans les formes graves, hypertoxiques, prolongées, etc., la courbe est beaucoup moins régulière : courbes traçantes, oscillantes, à descente prématurée, etc. Lorsqu'elle existe dans ces derniers cas, l'ascension élevée du pouvoir agglutinant reste encore un phénomène critique de bon pronostic.

" D'après ces faits cliniques, la formation de la substance agglutinante garde la signification d'une réaction de défense.

" II. SÉRO-PRONOSTIC¹. — Le point capital sur lequel s'appuie le séro-pronostic est cette élévation critique du pouvoir agglutinant, au moment où se dessinent les premiers signes de défervescence. Tel que nous l'envisageons, le séro-pronostic n'est, actuelle-

ment, qu'un des éléments du pronostic général de la maladie. " C'est la courbe du pouvoir agglutinant, représentant une partie des réactions de défense, qui, surtout si on la compare à la courbe thermique, fournira des données pronostiques importantes.

" A. Séro-pronostic d'après la courbe du pouvoir agglutinant. " Phase ascendante. — L'ascension du pouvoir agglutinant est, par elle-même, un élément de bon pronostic ; celui-ci est d'autant meilleur que cette ascension est plus élevée, qu'elle coïncide avec une rémission de la température.

" Phase descendante. — Il faut considérer deux cas. Si la descente de la courbe agglutinante s'accuse parallèlement à celle de la courbe thermique, elle annonce la guérison.

" Si la température s'élève ou reste stationnaire au moment de l'abaissement du pouvoir agglutinant, cet abaissement devient un élément de mauvais pronostic, indiquant la défaite des réactions organiques de défense (formes hypertoxiques, adynamiques). Si le pouvoir agglutinant se relève ensuite, ses oscillations témoignent des alternatives de la lutte de l'organisme dans les formes graves et prolongées.

" Par conséquent, seront un élément de bon pronostic, les courbes agglutinantes en clocher, dont la phase d'ascension coïncide avec les premiers signes de défervescence ; seront un élément de mauvais pronostic les courbes oscillantes ou descendantes pendant la période d'état.

" B) Séro-pronostic d'après l'intensité du pouvoir agglutinatif à un moment donné. — Les données sont ici moins précises et de moins grande valeur.

" Un pouvoir agglutinant élevé (en pratique et pour l'ensemble de nos observations à partir de 1 pour 200) est par lui-même un élément de bon pronostic.

" Un pouvoir agglutinant peu élevé a, en général, une signification pronostique défavorable, à partir d'une certaine période, à moins qu'il ne s'agisse de formes très bénignes.

" Au début de la maladie, une séro-réaction retardée (n'apparaissant qu'au 7^e jour) ou un pouvoir agglutinant très peu élevé se rencontrent dans les formes graves et dans les formes très bénignes ; mais les rechutes sont fréquentes à la suite de ces formes à pouvoir agglutinant très peu élevé ou retardé.

" A la période d'état, un pouvoir agglutinant peu élevé (au-dessous de 1 pour 100) est d'un mauvais pronostic : si, jusque-là, la fièvre a été sévère, on doit craindre une aggravation ou une prolongation de la maladie ; si jusque-là la forme a été bénigne, on doit craindre une recrudescence ou une rechute."

Cette réaction agglutinante sert également à différencier le bacille d'Eberth du bacille de la psittacose. Une goutte de serum pour dix gouttes de culture de bacille typhique produit facilement l'agglutination, tandis que cette réaction ne se produit guère avec le bacille de la psittacose. Si le serum est dilué, l'agglomération se fera avec le bacille d'Eberth ; mais elle disparaîtra avec l'agent de la psittacose. De plus, " si l'on ensemence le bacille dans une culture fraîche avec le serum, on voit au bout de 12 à 15 heures la culture du bacille d'Eberth rester claire avec microbes en amas dans le fond tandis que le tube contenant le bacille de la psittacose est absolument trouble, l'agglutination étant insuffisante et les

(1) La courbe du pouvoir agglutinant chez les typhiques, par M. Paul Courmont (de Lyon).

" microbes restant en suspension. Voilà donc une réaction tout à fait nette et qui permet de différencier facilement les deux bacilles." (Widal et Sicard).

Le serum des convalescents de la fièvre typhoïde peut servir aussi à différencier le bacille d'Eberth du coli-bacille et d'autres microorganismes analogues. D'après R. Pfeiffer et W. Kolle, "la simplification du procédé consiste à utiliser dans le but diagnostique le serum antityphique en dehors de l'organisme animal. Il faut pour cela avoir un serum excessivement puissant. Les auteurs sont parvenus à se procurer un serum de chèvres environ 10 fois plus énergique que le serum des convalescents de fièvre typhoïde; ce serum était tiré à 2 milligrammes et conservé avec une solution phéniquée à un demi pour 100. Pour que l'action de l'acide phénique ne puisse intervenir, les auteurs diluaient cette solution dans du bouillon au quarantième. Chaque expérience était contrôlée par une solution aussi étendue de serum anticholérique de chèvres également additionnée d'acide phénique.

" 1 cc. de serum typhique ou cholérique étendu est additionné de 2 milligrammes de la culture en question et mis à l'étuve à 37°. Parfois on peut déjà au bout d'une heure constater à l'œil nu des modifications qui augmentent de plus en plus et atteignent leur maximum au bout de 4 heures, pour disparaître ensuite et au bout de 24 heures les deux serums présentent le même aspect trouble, les différences qui existaient entre eux au début s'étant effacées.

" Dans le serum typhique traité par la culture typhique les bacilles sont réunis en flocons blanchâtres, fins, déposés le plus souvent au fond du tube; le liquide qui surnage est légèrement trouble ou même tout à fait transparent. Par contre le serum cholérique additionné de la culture typhique est uniformément trouble.

" L'examen des 2 serums dans la goutte pendant donne également des différences, très facilement reconnaissables. Les bacilles typhiques ensemencés dans du serum typhique sont immobiles et sont réunis en amas. Dans le serum cholérique titré à un demi-milligramme, les cultures typhiques forment un trouble intense et uniforme provoqué par une quantité considérable de bactéries qui sont en mouvement constant. Les variétés coli-bacillaires examinées par l'auteur n'ont pas donné les mêmes résultats; qu'elles sécrètent des produits acides ou alcalins, les variétés mobiles de coli-bacille conservaient leur mobilité parfaite dans le serum typhique."

MM. Landauzy et Griffon, d'après une communication faite à la Société de Biologie, le 6 novembre 1897, ont prouvé expérimentalement que la mère pouvait transmettre le pouvoir agglutinatif à l'enfant par l'allaitement. M. Castaigne a observé, dans la clinique de M. Talamon, un cas de ce genre.

M. Mossé a constaté la transmission du pouvoir agglutinatif de la mère au fœtus, par le placenta.

La réaction agglutinante apparaît dès le septième ou huitième jour de la maladie. Willies et Batlle l'ont constatée dès le troisième jour chez deux malades, dès le quatrième jour chez un autre. Quelquefois, elle retarde, comme le prouve une observation de Gasser qui ne la constate qu'au vingtième jour.

Les personnes qui ont eu la dothiéntérie peuvent conserver un serum agglutinant pendant plusieurs années; un ancien typhi-

que donna même la réaction après 27 ans de l'attaque de la maladie.

Comme la réaction peut apparaître tardivement, il est nécessaire de répéter souvent le séro-diagnostic, avant d'affirmer son diagnostic. Un seul examen du serum d'un typhique exposerait à des erreurs nombreuses. " La réaction, dit Widal, peut faire défaut à un premier examen et apparaître le lendemain ou les jours suivants; elle peut être retardée, aussi n'ai-je jamais cessé de répéter, qu'en présence d'un résultat négatif fourni par le serum d'un malade suspect, il ne faut jamais négliger de répéter l'examen les jours suivants.

* * *

Ehrlich découvrit en 1882, la réaction diazoïque des urines. Ce phénomène remarquable est un des signes les plus constants de fièvre typhoïde, et se manifeste principalement entre le cinquième et le vingt-unième jour de la maladie. Nous étudierons tout au long ce procédé, qui ne regarde pas l'analyse microscopique, dans un travail que nous devons publier sur l'examen des urines au point de vue du diagnostic des maladies infectieuses.

(à suivre)

Revue des journaux

MÉDECINE

Signe différentiel des pustules varioliques chez les vaccinés et les non vaccinés.

M. Maurice Coste, médecin des hôpitaux de Marseille, dans une étude très documentée sur l'immunité vaccinale, signale un fait clinique qu'il a observé chez plusieurs milliers de varioleux et montrant, jusque dans l'âge le plus avancé, l'influence vaccinale :

" Si, chez un varioleux, quels que soient son âge et la forme variolique (sauf bien entendu la forme hémorragique), on retire un membre de la chaleur des draps, et si on l'expose à l'air, on voit, au bout de quelques instants, l'aréole péripustulaire prendre chez les non vaccinés la teinte rose de Provins, rouge fuchsine de la rosaniline, tandis que chez les vaccinés cette aréole conserve quand même alors sa teinte rouge vif, rouge garance." Ce simple fait clinique permettant de différencier les vaccinés des non vaccinés, montre, concurremment avec les statistiques, qu'une seule vaccination imprègne à l'organisme un stigmatisme indélébile, y développe une sorte d'élément nouveau. Celui-ci peut bien à la longue s'affaiblir plus ou moins, mais ne disparaît jamais en entier, et ses effets, contrairement à ce que l'on soutient depuis Harder et Heim, peuvent toujours se faire sentir à des degrés divers jusque dans l'âge le plus avancé.

(Marseille méd. — Lyon méd.)

Nouvelles recherches sur le volume du cœur et les modifications de la circulation périphérique dans la tuberculose.

Par M. REGNAULT (Etienne).

M. Regnault, après avoir vérifié le caractère pratique et exact du procédé de mensuration du cœur employé par Potain, montre

que l'atrophie du cœur n'est pas la règle dans la tuberculose chronique. La tuberculose n'en est pas moins une maladie essentiellement atrophiante à tous points de vue, par la diminution du champ de l'hématose, et la moindre oxygénation du sang, par l'influence déprimante qu'elle exerce sur toute la circulation, par la cachexie profonde à laquelle elle aboutit souvent.

L'hypertrophie vraie ou apparente du cœur constatée dans la grande majorité des tuberculoses fibreuses lui paraît relever de complications existant antérieurement ou survenues pendant l'évolution de la maladie. Ces complications retentissent directement ou indirectement sur le myocarde tout entier ou sur l'une quelconque de ses parties, et retardent, en entravant le plus souvent l'évolution de la tuberculose, l'apparition de la cachexie.

La dilatation du cœur droit, fréquente chez les tuberculeux vivants, plus rare à l'autopsie, porte surtout sur l'oreillette droite et s'observe aussi bien, moins fréquemment et moins accusée, il est vrai, dans les tuberculoses ulcéreuses que dans les tuberculoses fibreuses. Elle est la conséquence non seulement de l'emphysème, des adhérences pleurales et de la sclérose pulmonaire, mais encore de la diminution étendue et rapide du champ circulatoire par la fonte caséuse. Elle peut aboutir, mais moins fréquemment qu'on ne l'a dit, à l'insuffisance tricuspидienne et à l'asystolie.

L'abaissement de la tension artérielle est un phénomène constant chez les tuberculeux, d'autant plus accentué que la fièvre est plus vive ou la cachexie plus avancée ; il n'en existe pas moins dans les tuberculoses lentes, apyrétiques ou subfébriles, et se montre dès le début de la maladie et en dehors de l'action de tout traitement. Il est essentiellement dû à l'action de la toxine ectasiante produite par le bacille ou les infections associées. Il peut être d'une certaine valeur diagnostique en l'absence de tout phénomène pulmonaire, et l'on peut dire aussi que les tuberculeux qui guérissent sont ceux chez lesquels le plus habituellement la tension se relève.

L'instabilité du pouls, constante également chez les tuberculeux, est la conséquence de cet abaissement de la tension artérielle qui, fréquemment aussi entraîne une accélération du pouls qui n'est pas en rapport avec la température.

Des véritables accès tachycardiques peuvent se montrer dans la tuberculose, dus soit à des phénomènes d'irritation mécanique (compression des ganglions) ou d'ordre toxique (névrites), soit à l'influence combinée de l'impressionnabilité du pneumogastrique et de l'abaissement de la tension artérielle. L'atrophie du cœur peut, mais rarement, être antérieure à tout phénomène pulmonaire ; lorsqu'elle existe, elle se surajoute à d'autres causes susceptibles par elles seules de mettre l'organisme en état de réceptivité.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

Du rythme couplé du cœur dans les maladies aiguës,

Par M. THOUZELLIER (Louis).

On sait que le rythme couplé consiste en une altération du rythme cardiaque, dans laquelle les battements cessant d'être équidistants et égaux, se groupent en couples réguliers par le rapprochement plus ou moins intime de deux ou plusieurs révolutions cardiaques successives et inégales. Le plus ordinairement, le groupe est constitué par deux révolutions seulement, quelquefois il en réunit trois ; on l'appelle alors rythme tricouplé. Dans les cas de rythme couplé, il existe habituellement un pouls veineux jugulaire dont les pulsations correspondent alors à tous les battements cardiaques.

M. Thouzellier a étudié ce rythme couplé dans les maladies aiguës, soit à la période d'état, soit à la période de la convalescence.

Tantôt il s'agit d'un rythme couplé se rattachant à des lésions organiques et pouvant se manifester sous l'influence de la maladie.

Le diagnostic repose sur la constatation à l'auscultation des systoles avortées, sur les caractères du pouls jugulaire, sur les variations du rythme par les mouvements. On doit y penser au cours des maladies aiguës, toutes les fois que la vitesse du pouls en est en désaccord avec la température du malade, pendant la convalescence quand elle est au-dessous de la normale.

Les cas de ralentissement du pouls décrits sous le nom de bradycardie des convalescents ne sont que des cas de rythme couplé méconnu.

Dans les maladies aiguës, comme dans les autres cas, le rythme couplé est d'origine bulbaire ou pneumogastrique. Il peut se rencontrer par le fait d'intoxications profondes et graves ou de lésions des pneumogastriques, mais il peut aussi et c'est le cas le plus fréquent, être une simple manifestation du nervosisme. Dans ce dernier cas il ne modifie pas le pronostic.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

CHIRURGIE

Tumeur gazeuse du cœur.

M. Guinard communique l'observation d'une femme de 32 ans, qu'il a vue en novembre 1899. Elle portait une tumeur de cette région dont le début apparent datait de quelques années, pendant laquelle la malade avait présenté de fréquents accès de migraines accompagnés de vomissements. Il y a 2 ans, au cours de l'un de ces accès, un craquement s'était produit à la région cervicale et le lendemain la tumeur était apparue. Stationnaire pendant quelque temps, elle avait augmenté de volume depuis 6 mois, pour atteindre la grosseur d'une mandarine. Elle occupait le creux sus-claviculaire du côté droit, et, passant sur la clavicule, empiétait sur le thorax. Sonore dans ses deux tiers supérieurs, sans adhérence avec la peau, elle donnait la sensation d'une tumeur fluctuante, irréductible, ne faisant entendre aucun bruit de gonglou.

Les téguments incisés, M. Guinard a trouvé une poche bien circonscrite, au fond de laquelle se voyait un petit tractus fibreux qui se dirigeait vers la trachée. Pendant les manœuvres d'ablation, la poche s'est rompue et il s'en est écoulé de l'air et une petite quantité de liquide citrin. La guérison a été très rapide et sans incidents. L'examen histologique a montré, entre autres particularités, que la paroi interne de la poche était tapissée par une couche épithéliale avec noyaux et papilles, et qu'il n'existait pas de cellules à cils vibratiles.

De différentes études faites sur ces tumeurs, il ressort que leurs causes sont variables. L'effort est fréquemment signalé et il semble qu'une prédisposition anatomique y préside souvent. D'autres fois, c'est à la suite d'une ulcération des voies aériennes qu'elles se produisent.

Peut-être est-ce par le fait d'un effort que cette tumeur s'est développée chez la malade, comme on l'observe dans certains cas de pneumothorax. Mais, cela admis, on doit se demander pourquoi il y a eu enkystement ?

M. Quénu. — M. Guinard admet que l'air s'est enkysté dans le tissu cellulaire. Ce n'est qu'une hypothèse, car on n'a jamais prouvé cet enkystement. La formation d'une membrane kystique n'a pas encore été démontrée.

On sait comment se comporte l'air infiltré dans le tissu cellulaire. Tout dernièrement M. Quénu a vu survenir, à la suite d'une injection de sérum qui avait été faite avec un poire, un emphysème

sous-cutané dû à la pénétration de l'air. On avait continué par ménage à presser sur la poire qui ne contenait plus de sérum. L'emphysème s'est généralisé et la dyspnée est devenue telle que l'on a dû faire des incisions dans les régions cervicales.

M. Monod trouve que chez la malade de M. Guinard la tumeur était trop nettement enkystée pour que l'on supposât une simple pénétration de l'air dans le tissu cellulaire. Il croit bien plutôt que la tumeur est d'origine congénitale et qu'elle a dû communiquer antérieurement avec les voies aériennes.

M. Berger, qui partage absolument les idées émises par M. Monod, a assisté à plusieurs cas d'infiltration d'air dans le tissu cellulaire, et toujours il a vu la résorption s'en faire assez rapidement. Quant aux aérocoles, M. Berger se souvient en avoir observé un exemple siégeant à la région latéro-thyroïdienne. La tumeur se dilatait au moment des efforts et elle fut considérée comme provenant d'un diverticule congénital.

M. Broca. — L'absence de cils vibratils sur l'épithélium de la tumeur présentée par M. Guinard ne peut autoriser à conclure qu'elle n'a pas été en rapport jadis avec le larynx. Les épithéliums subissent en effet des modifications, quand ils cessent de remplir les fonctions qu'ils ont pu accomplir à un moment donné.

M. Broca croit à l'origine congénitale et il a publié un cas de ce genre dans la thèse de M. Koutnik.

M. Reclus se rappelle avoir observé une tumeur gazeuse du cou qui, après avoir persisté pendant quelque temps, disparut spontanément. Plusieurs mois plus tard, elle reparut en s'accompagnant d'aphonie, puis, après quelques nouveaux mois d'existence, elle a disparu, et le malade, ainsi guéri spontanément, n'en a pu constater le retour depuis 2 ans.

M. Delbet. — On admet généralement 2 variétés de ces tumeurs : les unes sont congénitales ; les autres consécutives à une perforation. En ce qui concerne l'épithélium à cils vibratils, il n'est pas toujours facile de le constater. Ce n'est donc pas une raison pour croire que la tumeur n'a pas une origine congénitale, et n'a pas été en communication, à une certaine époque, avec les voies aériennes.

Quant aux tumeurs consécutives à une perforation, M. Delbet en a vu un exemple chez un tuberculeux. La tumeur se dilatait par l'effort, et cela d'autant que cet effort se prolongeait.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

OBSTÉTRIQUE

Appendicite et grossesse.

(Acad. de méd.)

M. Pinard relate un certain nombre d'observations qui démontrent que l'appendicite peut se rencontrer chez les femmes enceintes, primipares ou multipares, à toutes les périodes de la grossesse.

En raison de l'allure foudroyante que revêt souvent cette maladie chez les femmes gravides, il importe, d'après l'auteur, de la reconnaître le plus tôt possible.

Ce diagnostic précoce ne présente pas, en général, de grandes difficultés. L'utérus gravide, pas plus que les signes dits sympathiques de la grossesse, ne masquent les symptômes fondamentaux de l'appendicite. La douleur et la défense musculaire, en particulier, ne font jamais défaut.

Si l'utérus est incliné à droite et s'il se contracte pendant la grossesse, on se rappellera que les contractions normales de cet or-

gane sont indolores. Toute douleur abdominale doit donc éveiller l'attention chez les femmes enceintes, surtout lorsqu'elle apparaît et reste localisée au niveau de la fosse iliaque droite.

Si cette douleur n'est pas le résultat des contractions de l'utérus, c'est-à-dire s'il n'y a pas menace d'avortement ou d'accouchement prématuré, on doit penser immédiatement à la possibilité de l'existence d'une appendicite.

De même, les vomissements de la femme enceinte présentent un cachet spécial dont la caractéristique est de ne pas être accompagnés ni suivis d'hyperthermie. Même dans le cas de vomissements dits incoercibles, on peut noter de l'accélération du pouls, mais la température reste toujours normale. Il faut donc se méfier, pendant la gravité, de toute indigestion accompagnée de vomissements et de fièvre.

Quant à la péritonite de la grossesse, elle n'existe pas en tant qu'entité morbide essentielle. A l'époque où l'on ne connaissait pas l'appendicite, on disait que les femmes enceintes mouraient de péritonite causée par des ruptures d'adhérences, par des déchirures de la matrice, etc., etc. On sait aujourd'hui que ces déchirures et ces ruptures ne s'observent jamais, si ce n'est à la suite de traumatismes.

Il résulte de ces considérations que le diagnostic de l'appendicite peut se faire dans la majorité des cas pendant la grossesse. Le point capital est de penser à la possibilité de cette affection.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Sur la blennorrhagie utérine.

La blennorrhagie utérine, aussi fréquente, d'après M. Th. Welsch, dans la clientèle que dans les hôpitaux, relève presque exclusivement d'un traitement chirurgical, sauf toutefois au début où les moyens médicaux peuvent être utilisés. En général, on devra recourir au curettage ou l'opération de Schröder (amputation du col). Il relate une observation d'un cas de métrite blennorrhagique traitée médicalement pendant neuf ans, où le curettage tardivement pratiqué se montra insuffisant et dut être suivi d'une opération de Schröder qui permit seule d'assurer la guérison.

Les recherches bactériologiques de MM. Hoche et Hantobeff portant, sur 13 cas de blennorrhagie utérine chronique, rendent compte pourquoi cette lésion résiste aux divers procédés médicaux, et même au curettage et à l'hérisage.

Voici les résultats exposés par ces deux histologistes : 1° lésions inflammatoires périglandulaires, diffuses ou localisées très acouées ; 2° lésions interstitielles diffuses ; 3° et principalement lésions inflammatoires diffuses, ou en foyer au voisinage même des vaisseaux dans toute l'épaisseur de la muqueuse et même du parenchyme cervical.

Ajoutons que ces constatations ont été faites sur des cols utérins qui, avant leur ablation, avaient été soumis aux procédés du curettage et du hérisage.

(Rev. méd. de l'Est. — Lyon méd.)

De la dilatation ano-rectale comme traitement des douleurs du cancer inopérable de l'utérus.

Par le Dr C. GAUBERT, (Thèse de Lyon).

L'auteur appelle l'attention sur un nouveau mode de traitement palliatif des douleurs, parfois si vives, dans le cancer inopérable de l'utérus.

Il formule les conclusions suivantes :

Le cancer de l'utérus est très souvent accompagné de douleurs. Celui du corps dès le début. Celui du col qui est le plus fréquent (94%, statistique de Pichot) l'est tardivement. Dans ces cas, les douleurs indiquant que le néoplasme a dépassé les limites de l'utérus et qu'il est inopérable.

Ces douleurs sont caractéristiques des cancers et présentent de fréquentes irradiations dans les régions anales et périnéales.

Elles sont produites, soit par la compression des nerfs, soit par leur envahissement par le cancer. Les nerfs lésés font partie des riches plexus sympathiques qui entourent le rectum et qui tiennent sous leur dépendance tous les organes pelviens. Ainsi s'expliquent les diverses irradiations.

L'étude des rapports anatomiques, physiologiques et cliniques du rectum et de l'utérus donna l'idée à M. le professeur Poncet d'agir sur l'utérus par l'intermédiaire du rectum, en ayant recours à la dilatation ano-rectale.

Les résultats obtenus chez les opérées de M. Poncet ont été concluants. Les douleurs avaient considérablement diminué et cet état d'amélioration persista pendant trois à six mois jusqu'à la mort. Si l'accalmie douloureuse est de courte durée, on ne redoutera pas de recourir, sous l'anesthésie, à une nouvelle séance de dilatation, cette intervention ne présentant, comme nous l'avons dit, aucune gravité.

Le manuel opératoire est des plus simples. C'est celui employé dans la fissure à l'anus. Mais il faut y joindre la dilatation du rectum pratiquée avec douceur et aussi haut que possible (8 à 10 centimètres au-dessus de l'orifice anal) soit avec les doigts, soit avec des spéculums pleins.

Elle agit probablement en détruisant les connexions des nerfs qui forment les plexus ou bien par un phénomène d'inhibition dont le centre serait dans la moelle.

La même méthode de traitement a été employée avec succès chez l'homme dans les affections douloureuses de la vessie, de l'urètre et de la prostate, et chez la femme dans les cas de vaginisme.

(Lyon médical).

THERAPEUTIQUE

Traitement de l'obésité.

(Acad. méd.)

M. Debove présente un homme de 55 ans, qu'il vient de soumettre à une cure d'amaigrissement.

A son entrée dans le service il pesait 147 kilogrammes ; actuellement, c'est-à-dire après moins d'un an de traitement il ne pèse plus que 94 kilogrammes, soit 53 de moins que son poids primitif.

La mère et un frère de cet homme sont obèses ; il était donc héréditairement prédisposé à sa maladie. C'est à partir de 25 ans qu'il a commencé à engraisser ; l'obésité a été favorisée chez lui par une existence sédentaire, par une suralimentation habituelle et par des habitudes alcooliques. A cette obésité vinrent s'ajouter deux

maladies qui l'accompagnent fréquemment, la gravelle et la goutte.

Il était nécessaire de faire maigrir ce malade, devenu complètement impotent.

Quelle méthode curative fallait-il employer ?

Il y en a trois principales : la première consiste dans l'administration de médicaments, les préparations thyroïdiennes, par exemple ; mais cette médication est dangereuse, surtout si elle doit être continuée longtemps ; en outre ses résultats sont purement passagers ; pour ces deux raisons M. Debove n'a pas cru devoir y recourir.

Dans la seconde méthode, on cherche à augmenter la dépense, en faisant prendre de l'exercice au sujet. Ce procédé ne pouvait être conseillé dans le cas actuel, le patient étant incapable de quitter le lit.

Restait la 3^e méthode, dans laquelle on se borne à nourrir insuffisamment le malade, de façon à l'obliger à brûler sa graisse ; c'était la seule applicable dans l'espèce.

Cet homme prit, pendant le premier mois de la cure, 2 lit. 1/2 de lait cru par jour, le second mois 2 litres, et le 3^e 1 litre seulement. Il perdit ainsi 15 kilogrammes les deux premiers mois et 5 kilogrammes le 3^e.

Pendant les 4 mois suivants, le malade ne prit que 1 litre de lait chaque jour ; au bout de ce temps il ne pesait plus que 105 kilogrammes, mais il ne cessait de maigrir.

M. Debove lui prescrivit alors le régime suivant : légumes cuits, salades et fruits à discrétion. Sous l'influence de cette alimentation, il perdit encore une dizaine de kilos. Actuellement il ne pèse plus que 94 kilos. Cet homme n'a pas seulement maigri, il a recouvré la santé et récupéré son activité physique et morale, et l'auteur espère que ces résultats se maintiendront.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Traitement de l'épilepsie par les bromures alcalins.

Par LABORDE (Acad. de méd.)

En enlevant à l'alimentation du sujet une certaine quantité de chlorure de sodium, on détermine une appétence plus grande des cellules nerveuses pour les sels de sodium et on augmente l'action bienfaisante du bromure de sodium sur l'épilepsie. Ces résultats, obtenus par Nichet et Toulouse, sont intéressants ; mais la déminéralisation en chlorure de sodium n'est pas nécessaire pour le traitement de l'épilepsie, car on possède le bromure de strontium pouvant se donner sans inconvénient jusqu'aux doses de 8 ou 10 grammes par jour, et qui est beaucoup plus efficace que les bromures de sodium ou de potassium. Dans plusieurs cas, Laborde a vu l'épilepsie complètement enrayée depuis plusieurs années par l'usage du bromure de strontium.

(Rev. neurol)

Médication bromurée dans l'épilepsie.

M. M. de Fleury (Soc. théor.) accorde actuellement, dans le traitement de l'épilepsie, la préférence au bromure de strontium, ou bien encore au bromure de sodium administré suivant la méthode "métatrophique" de MM. Ch. Richet et E. Toulouse (régime dépouillant l'économie de NaCl). Cette méthode donne incontestablement des résultats excellents.

En ayant recours à la méthode de traitement des épileptiques dont il a déjà entretenu la Société, M. de Fleury a pu obtenir des

résultats inespérés avec des doses deux ou trois fois moindre que les doses courantes.

Cela est important. Les bromures, en effet, ralentissent la nutrition, abaissent le taux des échanges, déterminent un état de longévité vitale et de déchéance intellectuelle. Aux doses thérapeutiques ordinairement nécessaires pour enrayer les fortes crises, ils amènent de l'obnubilation des organes des sens, de l'anesthésie pharyngée, du ralentissement de la respiration et du cœur, de l'abaissement de la tension artérielle avec vaso-contriction périphérique. Il y a abaissement de la force musculaire, tarissement des sécrétions, diminution de l'urée et de l'acide phosphorique des urines, suppression de l'activité cérébrale. En somme, le bromure agit sur l'intensité vitale et l'activité nutritive, comme agit, beaucoup plus promptement, la crise convulsive; d'où un véritable état de déchéance fonctionnelle, de misère physiologique. Aussi arrive-t-il un moment où le bromure, du fait de sa propre action sur l'activité nerveuse, s'élimine insuffisamment, s'assimile mal, et du même coup perd une grande partie de son pouvoir thérapeutique. Si, à ce moment, on fait intervenir un agent de stimulation nerveuse, on voit le bromure redoubler d'activité et aussi s'éliminer beaucoup mieux. Ainsi agissent les douches, les bains salés, la franklinisation, les frictions sèches, enfin les injections hypodermiques de solution salines concentrées à petites doses. Ces dernières ont fourni des résultats de premier ordre.

Le bromure doit, en règle générale, être donné au moment des repas. Si donc le malade a des crises à n'importe quelle heure du jour, il faut prescrire le bromure à chacun des repas, en faisant faire 4 repas par jour. Mais comme la protection du médicament, vite éliminé, ne s'étend pas au delà de 5 à 6 heures, il faut, si les accès sont nocturnes, donner la dose entière au moment du sommeil.

En même temps qu'on prescrira le bromure, on soumettra le malade à un régime alimentaire convenable, qui restreint au maximum les fermentations anormales. On verra ainsi diminuer les troubles digestifs, les éruptions cutanées et l'haleine bromurée qui viennent si souvent compliquer la situation chez les malades soumis à une médication bromurée intensive. Si, malgré tout, l'haleine bromurée persiste, la potion de Rivière aidera à en venir à bout.

D'autre part, on mettra en œuvre les moyens accessoires signalés plus haut, et principalement les injections salines. Celles-ci agissent par stimulation nerveuse et aussi par augmentation de la tonicité cardiaque. C'est de la même manière que l'adonis vernalis et la digitale ont pu maintes fois renforcer l'action du bromure et permis de n'employer que des doses de bromure relativement faibles.

Généralement, M. de Fleury soumet ses malades à une cure intensive de 4 à 6 semaines, pendant lesquelles il les maintient sur les confins de la saturation bromurée; en y joignant des injections salines répétées autant qu'il en est besoin. Au bout de ce temps, les malades se contentent d'entretenir le bénéfice acquis par des frictions sèches, des douches, des bains salés ou du massage: ils en arrivent promptement à pouvoir, sans inconvénient, diminuer leurs doses de bromure.

Il est de règle que les injections salines améliorent de la manière la plus nette le caractère des épileptiques et leur état mental; d'une semaine à l'autre on voit leur mémoire, leur attention volontaire, leur intelligence, faire des progrès incontestables. C'est le contraire qui arrive quand on ne fait usage que du bromure à hautes doses.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Traitement de l'épilepsie par la Scoplamine.

Par V.-V. OLDBROGGUE.

(Société de Psychiatrie de Pétersbourg)

L'auteur présente deux malades: I Soldat: le nombre d'accès a été jusqu'à 281 en vingt-quatre heures. Sous l'influence de la scoplamine les accès ont cessé. Les accès ont débuté à 15 ans après une frayeur. Atrophie et paresthésie de la moitié gauche du corps. Absence du réflexe pharyngien. II. Garçon de 10 ans, jusqu'à 20 accès par jour: sous l'influence de la scoplamine les accès ont cessé.

M. H. Jourmon cite des observations où la scoplamine a eu une action favorable dans les accès épileptiformes des paralytiques généraux.

M. Bechterew conteste la présence de l'épilepsie dans le premier cas; la scoplamine est un remède dangereux.

(Wratsh. — Rev. neurol.)

Maladies nerveuses

Psychose toxique par abus de thyroïdine.

Par C. FERRARINI.

La médication thyroïdienne donne lieu à bien des accidents; mais les psychoses ne semblent pas avoir été signalées parmi ceux-ci; l'observation de Ferrarini est donc intéressante d'autant plus que le malade n'avait pas d'antécédents pouvant faire penser à la prédisposition, et que la relation de cause à effet entre l'injection de thyroïdine et la psychose n'est pas douteuse. Il s'agit d'une jeune femme qui, tourmentée par une obésité commençante (89 kilog.), fut mise à la thyroïdine. Le médicament étant resté sans effet pendant trois mois, elle porta la dose de 3 tablettes (de 0,25 chacune) à 6, 8, et plus, si bien que, deux mois plus tard, s'il y avait des vertiges, des battements de cœur, des insomnies, il y avait aussi une diminution de poids de 8 kilog., et la malade, ne considérant que ce résultat, augmentait toujours ses doses de thyroïdine. Alors apparurent subitement des phénomènes psychiques graves sous forme de *confusion mentale hallucinatoire*; en même temps on note la fréquence du pouls (100-150), du tremblement, de la diarrhée alternant avec la constipation. La température reste normale; le corps thyroïde, les yeux ne présentent pas de modifications; guérison en deux ou trois mois. La forme même de la psychose montre qu'il s'agit d'une intoxication. Ce n'est donc pas seulement le syndrome basedovien que l'injection en excès de corps thyroïde peut faire naître, mais aussi des psychoses; cela pourrait, dans une certaine mesure, rendre compte de la coexistence plusieurs fois signalée de troubles mentaux dans la maladie de Basedow par hypersécrétion thyroïdienne.

(La Riforma medica — Rev. neurol.)

Délire aigu.

Par DOBROTVOVSKI.

(Congrès des médecins russes de Kagan).

Conclusions: a) Le délire aigu est une entité morbide, de nature infectieuse, ayant une marche clinique particulière. b) Dans le délire aigu on trouve une lésion parenchymateuse de tous les organes, y compris le cerveau. c) Il existe une inflammation aiguë

des en eloppes et de la substance cérébrale; mais elle n'a rien de caractéristique. d) Le degré d'altération du cerveau est en rapport moins avec la durée qu'avec l'intensité de l'affection.

(Vratch — Rev. neurol)

—:0:—

Deux cas d'appendicite hystérique traités chirurgicalement.

Par SARDET (de Franfort-s-Mein)

Ces deux observations sont, pour ainsi dire, calquées l'une sur l'autre. Dans les deux cas, les malades ont présenté des symptômes psychiques d'une intensité telle qu'ils durent être internés à l'asile. Sardet résume ainsi l'histoire de ces deux malades: — 1° Hystérie paru chez un jeune homme de 23 ans. Météorisme, vomissements, hypéresthésie, attaques hystériques; apparence d'une appendicite et d'une sténose intestinale. Deux laparatomies faites, dans le même service à un intervalle de deux mois. Appendice sain aux deux opérations; à la seconde, on enlève une bride au niveau du côlon. Les symptômes abdominaux persistent quelques jours après l'opération. Le malade entre à l'asile quinze jours après la seconde laparatomie. — 2° Hystérie grave chez une jeune fille de 24 ans. Météorisme, vomissements. Ovaralgie, coxalgie hystérique, troubles de la sensibilité, attaques hystériques. Erythisme provoqué. Symptôme de fièvre, de rétention d'urine. Quatre laparatomies faites après les diagnostics de pérityphlite et de péritonite par perforation. La première opération a lieu un an après divers séjours à l'hôpital pour ulcère simple, péritonite, hystérie. La seconde laparatomie a lieu quinze jours après la première. La troisième laparatomie, deux ans après la première, est faite pour une soûdisant péritonite par perforation: on ne trouve rien. La quatrième laparatomie est faite un mois après la troisième pour le diagnostic d'appendicite chronique. L'appendice légèrement congestionné est réséqué. Dix jours après, la malade est conduite à l'asile.

(Deutsche medicinische Wochenschrift — Rev. Neurol.)

—:0:—

QUESTIONS ET REPONSES

(1) Nous avons jugé à propos de réunir dans ce numéro toutes les questions dont les réponses ne nous sont pas encore parvenues. Nous demandons à nos confrères de s'efforcer de répondre à ces intéressantes questions, au plus vite que possible.

La rédaction.

4° Quels sont les articles du code civil de la Province de Québec protégeant le médecin sur l'inviolabilité du secret professionnel devant les cours de justice?

LEX.

10° Madame X rend par le vagin des quantités énormes d'eau (un gallon et plus) et ce plusieurs fois le mois. A l'approche de chaque perte d'eau la malade se sent très faible et parfois souffre beaucoup. Elle n'est pas enceinte et même on lui a fait une ovariectomie il y a à peu près deux ans. Elle avait cependant ces pertes d'eau avant son opération. Tous les médecins qui l'ont vue confessent leur ignorance sur son état.

AMÉDÉE.

11° Est-il réellement nécessaire qu'un étudiant ait passé des examens préliminaires, ou autrement dit ait obtenu son brevet d'admission à l'étude de la médecine, pour pouvoir pratiquer dans la Province de Québec, après avoir reçu le diplôme d'une université de la même province? A ma connaissance, de jeunes médecins n'ont jamais subi d'examens devant les *asseurs* nommés par le Collège des médecins, et cependant ils pratiquent à côté de ceux-là mêmes qui ont tant travaillé pour obtenir le brevet préliminaire. N'est-ce pas injuste?

ETUDIANT.

16° Le patient qui reçoit la communion après un lavage de l'estomac à jeun communique-t-il en viatique ou non?

DIOSCORIDES.

17°-1° Comment constater l'absence ou la présence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, par un procédé simple?

2° Quel réactif différencie l'acide chlorhydrique de l'acide lactique?

3° Différence entre le sable provenant de la lithiase biliaire et de celui de la lithiase intestinale ainsi que les procédés pour les distinguer?

Dr L.

18° C. R. J. — On vante, à la campagne, les propriétés thérapeutiques de l'urine des jeunes garçons contre la phthisie; quels sont les dangers d'une telle médication, si danger il y a, et a-t-elle des propriétés thérapeutiques?

FORMULAIRE

Mixture pour badigeonnages contre l'angine scarlatineuse des enfants

(M. A. MOUSSOUS).

Glycérine..... 33 grammes.

Acide phénique..... 1 "

Mélez. — Pour faire de fréquents badigeonnages de la gorge.

Dans les cas intenses, M. le Dr Moussous, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, emploie un mélange de camphre et d'acide phénique, ou de camphre et de naphthol.

NECROLOGIE

M. Le docteur Bergeron, de Plessisville (Mégantic), vient d'être cruellement éprouvé, par la mort de son épouse, ces jours derniers. Nous présentons nos condoléances à la famille.

NOTE DE L'ADMINISTRATION.

Nous rappelons à nos abonnées que *la Revue Médicale*, pour se maintenir a besoin de l'encouragement de tous les membres du corps médical. Donc, nous serons heureux de recevoir ce qui nous est dû, et nos confrères nous obligeront en nous faisant parvenir le montant de leur abonnement le plus tôt possible.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
L'hypodermoclyse et l'entéroclyse appliquée au traitement de toxicohémie puerpérale — Les maladies infectieuses, Fièvre typhoïde.....	391
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : La pleurésie appendiculaire.....	365
CHIRURGIE : Traitement de la tuberculose rénale. — Mal de Pot, disparition de la gibbosité par le décubitus ventral.....	365
OBSTÉTRIQUE : Bicyclette et grossesse.....	366
GYNÉCOLOGIE : Traitement simple et sûr de la Bartholinite suppurée.....	366
THERAPEUTIQUE : Traitement de l'otorrhée.....	367
MALADIES NERVEUSES : Paralysie générale et syphilis — Un cas de sclérose en plaques. Un nouveau signe. — Note sur l'hystérie droite et l'hystérie gauche..	367
PÉDIATRIE : De la toussote des nouveau-nés. — Furonculose chez un nourrisson	368
BIBLIOGRAPHIE.....	368

Travaux Originaux

L'hypodermoclyse et l'entéroclyse appliquée au traitement de la toxicohémie puerpérale.

PAR J. C. S. GAUTHIER, M. D.

Professeur adjoint à l'université Laval.

Tous les médecins soucieux de la santé de leur clients et jaloux de leur renommée et de leur bonne réputation, connaissent ou du moins cherchent à connaître et à faire observer les règles de l'hygiène et les soins prophylactiques auxquels doivent se soumettre toutes les femmes en état de grossesse.

Certes, l'examen des urines, l'attention au bon fonctionnement des voies digestives, la palpation externe permettant le diagnostic de la position et de la présentation du fœtus, la mensuration des différents diamètres du bassin etc., etc., attirent certainement l'attention du médecin et ne sont guère négligés de nos jours. Du moins cette règle est généralement suivie dans les hospices et les maternités bien organisés et souvent observée dans la clientèle des villes. Malheureusement je ne puis en dire autant de la pratique rurale, où trop souvent, hélas, le médecin est appelé à combattre les accidents graves de la puerpéralité.

Combien souvent n'avons-nous pas eu à déplorer la mort d'une albuminurique, qu'un régime lacté absolu, institué à temps comme traitement préventif et curatif aurait sauvée de la convulsion éclamptique et conservée à l'affection de la famille ? L'amour de la science et de l'humanité devrait forcer tous les médecins sans distinction, à instruire le peuple de l'importance d'un diagnostic antepartum.

Je ne m'étonne pas trop cependant de l'insouciance de nos clients, quand je constate la négligence d'un grand nombre de médecins qui ne s'inquiètent guère de mettre en pratique les grandes et importantes règles dont je parle au commencement de cet article.

Mon expérience s'est enrichie d'une observation récente, signa-

lant des grandes leçons cliniques que je crois de mon devoir de communiquer à la profession.

Dans la thèse que j'ai présentée en 1896, sur le traitement de certaines formes de l'Éclampsie puerpérale, lors du concours de Tocologie à l'université Laval, j'ai passé en revue les principaux traitements employés contre cet accident grave de la grossesse. Le chloral, le bromure de potassium, la saignée, le régime lacté absolu, les bains de vapeur, les dérivatifs intestinaux ont tour à tour fait l'objet d'une étude sérieuse.

J'ai aussi fait mention de l'efficacité surprenante de l'Ellebore sous forme d'extrait fluide de *Veratrum viridé*, j'ai même cité plusieurs observations à l'appui.

Cette semaine, j'ai de nouveau eu l'occasion d'observer la valeur de ce remède comme moyen curatif, aidé de l'entéroclyse et de l'hypodermoclyse ou injection sous-cutanée de sérum artificiel. Cette médication réalise toutes les indications thérapeutiques de la toxicohémie puerpérale et ces deux traitements s'unissent et se complètent dans un but curatif à une façon admirable.

L'Ellebore est un remède très actif et celui qui n'a jamais observé ses effets physiologiques peut être effrayé de l'affaiblissement considérable des forces vitales, du collapse épouvantable causé par une faible dose de l'extrait fluide de *Veratrum viridé*, 10 à 15 gouttes en injection hypodermique. Les vomissements opiniâtres qui accompagnent son emploi, même par la voie sous-cutanée, sont propres à décourager les malades, mais ces inconvénients qui ne sont que passagers sont vite compensés par la transpiration salutaire qui s'établit, la diminution du nombre des pulsations du cœur, l'abaissement prononcé de la tension artérielle et la diurèse abondante qui favorise l'élimination des toxines.

L'hypodermoclyse et l'entéroclyse par leurs effets stimulants sur la circulation et leur action éliminatrice par les voies cutanées et rénales, ne viennent pas, seulement compléter le traitement par l'ellébore, mais ils en empêchent ainsi les effets physiologiques désagréables. Depuis longtemps on emploie le sérum artificiel, en injection sous-cutanée ou par transfusion, contre le choc nerveux, chirurgical ou accidentel, les hémorragies post-partum et des grands traumatismes ; et bien, je considère que la vératrine produit un véritable choc nerveux, c'est une saignée sans perte de sang, accompagnée de collapse, transpiration froide et vomissement. Les accidents disparaissent promptement par l'usage de l'hypodermoclyse qui agit plus rapidement que l'entéroclyse et ne présente pas les dangers de la transfusion veineuse qui du reste n'est pas à la portée de tous les praticiens.

Sous l'effet prompt de ce moyen énergique, le cœur se ranime aussitôt, la tension artérielle se relève, les vomissements cessent et la diurèse augmente rapidement.

Madame P. qui fait le sujet de cette observation est rendue à sa dixième couche, elle a eu la grippe au mois de février. Les urines analysées deux fois à cette période, septième mois de la grossesse, ne contenaient pas d'albumine. Le 12 avril, à huit mois et demi de grossesse elle souffre de violents maux de tête, accompagnés de vomissements et de douleurs épigastriques, les urines contiennent beaucoup d'albumine. Je lui ordonne le régime lacté absolu, les bains de vapeur, le repos au lit et la tiens sous l'influence du chlo-

ral. Malgré ce traitement énergique, les reins fonctionnent mal, les urines sont rares et albumineuses, cependant la céphalalgie et les vomissements s'amendent.

Le 18 avril, pendant la nuit, la malade a sa convulsion éclamptique. C'est alors que l'extrait fluide de veratrum viridé, 15 gouttes en injection hypodermique et les injections sous-cutanées et rectales de serum artificiel entrent en scène. Les effets physiologiques de l'elléborose produisent avec une intensité remarquable : collapsus, vomissements, transpirations froides, le pouls de 120 pulsations qu'il était au moment de la crise descend à 55 par minute ; tous ces symptômes disparaissent promptement sous l'effet bienfaisant de l'hypodermoclyse et de l'entéroclyse.

Ma malade n'a pas eue une seule autre convulsion et est accouchée naturellement, sous l'influence du chloroforme, deux jours après, le 20 avril.

Comme je l'affirmais dans ma thèse, je ne suis pas partisan de l'accouchement forcé. Je sais par expérience que les albuminuriques pendant la grossesse sont des victimes souvent immolées à la septicémie. Un traitement médical énergique, par des médications qui ont donné des preuves incontestables de leur valeur thérapeutique, m'ayant toujours réussi, je m'en tiens là jusqu'à preuve du contraire.

Je m'empresse de citer ici les conclusions du docteur Robert Coleman Kemp, de New-York, et avec lui je prédis un avenir brillant à ce mode de traitement par l'entéroclyse et l'hypodermoclyse.

En effet, je crois que la plupart des intoxications microbiennes ou toxico-hémiques sont tributaires de cette médication. Elle trouve son indication dans le traitement de la septicémie puerpérale, la fièvre typhoïde accompagnée d'hémorragies, l'entéro-colite des nouveau-nés ; elle est très efficace contre la diarrhée verte des enfants et dans tous les cas où il s'agit de faire de l'antisepsie de la partie inférieure de l'intestin.

Conclusion :

1° L'entéroclyse produit instantanément une élévation de la pression artérielle.

2° Le maximum de la tension artérielle est atteint au bout de dix minutes ;

3° L'augmentation de la diurèse, comme résultat des injections rectales de solution saline (à la température de 110° à 120° F.) commence à peu près dix minutes après l'irrigation, coïncidant avec le maximum de la tension artérielle.

4° La réaction thermique se manifeste aussi à la même période, c'est-à-dire dix minutes après l'entéroclyse.

Tous ces faits sont connus en thérapeutique, j'en conviens, mais je crois qu'il est bon de se les rappeler souvent et de les mettre en pratique dans l'occasion.

Saint-Ephrem d'Upton.

Les maladies infectieuses.

FIEVRE TYPHOÏDE.

(Suite)

RECHERCHE

Le bacille d'Eberth se localise dans les nombreux replis de la muqueuse intestinale, dans la rate, dans le foie, dans les ganglions

mésentériques, etc. Pour la recherche, on peut recourir à la ponction de la rate, comme Chantemesse et Widal l'ont pratiquée sur le vivant, ou mieux à l'ensemencement des selles sur le milieu d'Elsner. La première méthode, comme nous l'avons déjà dit, est peu pratique et même dangereuse ; la dernière donne beaucoup plus de satisfaction et sert également au diagnostic de la maladie.

(a) Examen microscopique.

Le bacille typhique se colore facilement par toutes les couleurs d'aniline, en solution hydro-alcoolique assez légère. Ainsi le bleu de méthylène de Loeffler et le rouge de Ziehl peuvent servir à sa coloration. Pour le différencier d'autres micro-organismes, on emploie la méthode du Gram qui le décolore. (1)

Les colorants des coupes sont également le bleu de Loeffler et aussi la fuchsine carbolique.

Le bacille d'Eberth est pourvu de nombreux cils, 6 à 8 et même plus ; nous pouvons par des procédés spéciaux colorer ces flagella. Strauss, Van Ermengem, Loeffler et Bunge ont préconisé à cet effet certaines méthodes de coloration qui sont toutes trop compliquées pour le praticien. Aussi nous n'en parlerons pas pour le moment.

(b) Ensemencement.

Le bacille typhique se cultive sur bouillon, serum, pomme de terre, lait et urine préalablement stérilisés, gélatine en plaques, gélose glycinée ou non. Un des caractères particuliers du bacille d'Eberth, c'est qu'il ne liquéfie pas la gélatine.

Sur le milieu d'Elsner (jus de pomme étendu d'eau auquel on ajoute, après ébullition, de la gélatine et de l'iodure de potassium) le bacille d'Eberth pousse, en colonies petites et transparentes, seulement au bout de quarante-huit heures. Le coli-bacille, qui se rapproche par ses caractères morphologiques du bacille d'Eberth, se développe sur le même milieu après vingt-quatre heures, et ses colonies sont opaques.

M. Grimbert emploie le mélange suivant comme remplaçant le milieu d'Elsner :

Eau distillée, 1000, Maltose, 1, Amidon soluble, 2, Asparagine, 2, Phosphate neutre de potasse, 2, Sulfate de potasse, 2, Sulfate de magnésie, 2, Bimalate d'ammoniaque, 2, Carbonate d'ammoniaque, 1. Ajouter 15 pour 100 de gélatine à cette solution.

Ce milieu servirait avantageusement à faire le diagnostic différentiel entre le coli-bacille et le bacille d'Eberth.

Sur gélatine en plaques, maintenue à l'étuve sous une température variant de 25° à 35° C. " les colonies apparaissent parcou-
" rues dans toute leur étendue par des sillons plus ou moins mar-

(1) Méthode de Gram :

1° On colore la préparation pendant 2 à 4 minutes dans une solution saturée de violet de gentiane.

2° On la porte, après lavage, dans la solution iodo-iodurée pendant une à deux minutes, et alors elle devient noire.

3° On décolore, dans l'alcool absolu, auquel on peut ajouter une solution d'acide nitrique à 30%, et on cesse l'action décolorante lorsque la préparation vient à prendre une teinte grisâtre.

4° On peut recolorer au bleu de méthylène ou au bleu de Bismark, après avoir examiné au microscope une autre pièce préparée spécialement pour connaître l'action décolorante du Gram. Par la recoloration, les microbes décolorés réapparaissent teintés en bleu.

“ qués. Souvent leur surface est plus tourmentée encore, et toute la
 “ la colonie semble formée de circonvolutions d'intestin grêle
 “ enroulées sur elles-mêmes. La combinaison de ces deux aspects
 “ jointe à la coloration brillante de l'ensemble, donne quelquefois à la
 “ colonie l'aspect d'une montagne de glace.” (Chantemesse et Wi-
 dal).

Sur pomme de terre, le bacille typhique se cultive bien, et for-
 me, au bout de quelques jours, un léger enduit, *plus humide au*
point d'inoculation.

Le bouillon, ensemencé par du bacille typhique, se trouble
 d'une manière uniforme, et offre, macroscopiquement, *un aspect*
moiré spécial. A cette culture en bouillon, si l'on ajoute quelques
 gouttes de serum d'un typhique, il se forme au fond du tube un
 précipité blanchâtre dû à l'agglutination et à l'immobilisation des
 bacilles. C'est le séro-diagnostic de Widal.

La résistance du bacille typhique dans les cultures est peu ac-
 centuée. D'après Sternberg, une culture de bacille d'Eberth, qui
 serait portée pendant dix minutes à une température humide de
 37°C, deviendrait complètement stérile. D'un autre côté, le bacille
 typhique vit à +3°C, et même la congélation n'a aucun effet sur cet
 agent infectieux. Si les cultures sont exposées à la lumière du so-
 leil, elles perdent la propriété de se développer.

Le bacille d'Eberth, se développant dans un milieu favorable,
 sécrète des produits solubles dont une partie, bien étudié par Bri-
 ger, a été appelée *typhotoxine.* M. Chantemesse, en cultivant le
 bacille typhique sur un milieu composé d'extrait de rate et de
 moelle osseuse, auxquels il avait ajouté une petite quantité de sang
 humain défébriné, a obtenu une toxine *qui se trouve au maximum*
de concentration du cinquième au sixième jour de la culture, et qui
disparaît du douzième au quinzième jour environ. Cette découverte
 de M. Chantemesse est le premier pas vers la séro-thérapie de la
 fièvre typhoïde; connaissant le microbe et la toxine qu'il sécrète,
 il sera plus facile d'obtenir une substance spéciale, une antitoxine
 qui agira à la fois sur le microbe et sur le poison qu'il élabore.

Divers *microorganismes*, par leur aspect et par leurs caractères,
 offrent certains points de ressemblance avec le bacille d'Eberth. Le
 coli-bacille et le bacille de la psittacose sont ceux qui se rappro-
 chent le plus de l'agent spécifique de la dothiéntérie.

Différents milieux de culture ont été proposés pour obtenir d'une
 manière efficace et pratique le diagnostic différentiel entre le coli-
 bacille et le bacille d'Eberth.

M. Ramon, se basant sur le fait que la rubine acide se décolore
 en milieu alcalin, ajoute à de la gélose ordinaire de la lactose à 4
 pour 100; en y additionnant un peu de rubine et aussi du carbona-
 te de soude, il obtient un milieu incolore. Ensemencé sur ce pro-
 duit, le coli-bacille donne naissance à de l'acide succinique qui recou-
 lre en rouge ce milieu de culture. Le bacille d'Eberth agit diffé-
 remment et laisse le milieu incolore.

M. Lucien Robin, dans le même but, ajoute une solution de
 bleu soluble, décoloré par la potasse, à un milieu peptoné et lactosé.
La coloration bleue apparaît quand la lactose décomposée a donné nais-
sance à un milieu acide qui fait réapparaître la coloration bleue lors-
qu'il s'agit de coli. La coloration bleue n'existe pas avec le bacille
 d'Eberth. L'auteur emploie la formule suivante :

Gélose.....	8 grammes.
Peptone Cöllas.....	5 —
Phosphate de soude.....	0 gr. 10.
Bleu soluble à 1 pour 100.....	1 cc.
Eau.....	250 grammes.
Potasse normale décime.....	35 cc. environ.

Stérilisation à 115° pendant 5 à 10 minutes. Ajouter sucre de
 lait 10 grammes, filtrer, stériliser à 105°.

Trois caractères principaux distinguent le coli-bacille du bacille
 typhique. Le premier fait fermenter la lactose, le second n'a aucun
 effet sur cette substance; celui-ci ne produit pas de l'indol dans les
 cultures, tandis que celui-là en donne abondamment; le lait se
 coagule sous l'action du coli-bacille, ce qui n'arrive pas avec le ba-
 cille d'Eberth.

Cependant ces différences ne sont pas absolues, et certains pa-
 rasites du groupe des paracolibacilles offrent beaucoup d'analogie
 avec l'agent pathogène de la fièvre typhoïde et *semblent établir une*
transition insensible entre le bacille d'Eberth et le bacille d'Esche-
rich.

M. Lyonnet (Lyon) se sert de bouillon animal, décoloré par le
 noir animal, et y ajoute 1°/∞ d'acide phénique et 20°/∞ de lactose
 plus un peu de rouge du Congo. Sur ce milieu, le bacille typhique
 et le coli-bacille peuvent seuls se développer, à l'existence de l'a-
 cide phénique. Le bacille d'Eberth, ensemencé, ne fait pas fermenter
 la lactose, et trouble le bouillon qui reste rouge; au contraire, le
 coli-bacille fait fermenter la lactose, et par la naissance d'acide lac-
 tique, le bouillon devient violet.

M. Pierkowski ajoute de l'urine aux milieux de culture sui-
 vants: bouillon, gélatine et agar.

“ Pour le premier, on dissout 50 centigrammes de peptone
 “ dans 100 parties d'urine; la solution est filtrée dans des tubes à
 “ essai, 10 cc. par tube. Les tubes sont stérilisés en les chauffant pen-
 “ dant 2 jours de 10 à 15 minutes.

“ L'urine-gélatine est préparée de même en ajoutant en plus 10
 “ à 12 pour 100 de gélatine.

“ Dans l'urine-agar, 2 pour 100 d'agar remplacent la gélatine.

“ Sur tous ces milieux, le coli-bacille donne une culture plus
 “ rapide et plus riche que celle du bacille typhoïde dont le dévelop-
 “ pement paraît retardé.”

MM. L. Thoinot et George Brocardel, pour obtenir le diagnos-
 tique différentiel entre ces deux microorganismes, emploie du bouillon
 peptonisé contenant de l'acide arsénieux, dans la proportion de 1
 centigramme pour un litre. Le bacille d'Eberth ne peut pousser
 sur un milieu additionné d'une petite quantité d'acide arsénieux,
 tandis que le coli-bacille se développe dans du bouillon contenant
 même 1 gr. 50 d'acide arsénieux pour 1000 grammes.

Comme le bacille typhique, le bacille d'Escherich se laisse dé-
 colorer par le Gram, et possède aussi quelques cils, à peu près 2 ou
 3. Il se laisse colorer par le bleu de Kuhne et le rouge de Ziehl.

Dmochowski et Janowski donnent les procédés suivants pour
 différencier le coli-bacille du bacille d'Eberth :

“ 1° Dans une culture fraîche, les mouvements du bacille ty-
 “ phique sont toujours assez marqués; ceux du coli-bacille sont
 “ nuls ou à peu près.

“ 2° Les bacilles typhiques, en cultures fraîches, possèdent tous des jours de nombreux flagella, jusqu'à dix ; le coli-bacille n'en a souvent qu'un ou deux.

“ 3° Les cultures de bacilles typhiques, mélangées avec du lait, ne le coagulent pas, ce que ne manqueraient pas de faire les cultures du coli-bacille ;

“ 4° Dans un bouillon de culture contenant 2 pour 100 de glycose, le bacille typhique ne fait dégager aucun gaz ;

“ 5° Quand on cultive le bacille typhique sur de la gélatine additionnée de 2 pour 100 de glycose et mélangée avec de la teinture de tournesol, le milieu de culture recevant le bacille d'Eberth met 6 à 8 jours pour rougir ; ensemencé avec du coli-bacille, il rougit après 24 heures ;

“ 6° Dans la gélose contenant 2 pour 100 de glycose, le bacille typhique produit à peine quelques bulles gazeuses, tandis que les autres microbes désagrègent le milieu de culture ;

“ 7° Sur un milieu contenant 1 pour 15000 de formaline le bacille typhique ne pousse pas, tandis que le coli-bacille se développe sur un milieu en contenant 1 pour 3000.

“ Les auteurs ont encore utilisé la réaction de Kitasato pour l'indol et les procédés colorants de Nöggerath et Gasse.

Un autre microorganisme, le bacille de la psittacose possède beaucoup d'analogie avec le bacille d'Eberth ; comme celui-ci, il ne prend pas le Gram et ne fait pas fermenter la lactose.

La psittacose est une maladie infectieuse se développant chez les personnes qui sont en contact avec des perruches malades. Les caractères cliniques de l'affection sont ceux d'une pneumonie infectieuse, avec état typhoïde. Cette maladie est rare chez l'homme, et est encore à l'étude. Le sérum d'un typhique agglutine le bacille de la psittacose, mais d'une manière tout à fait différente, et réciproquement. Gilbert et Fournier ont donné des règles précises pour arriver à reconnaître le bacille d'Eberth du bacille de la psittacose, découvert par Nocard.

MM. Widal et Sicard, se basant sur le fait qu'une goutte de sérum typhique ajoutée à 10 gouttes de culture en bouillon de bacille d'Eberth donne une agglutination nette, a observé que le bacille de la psittacose possède, dans les mêmes conditions, une agglutination beaucoup plus lente. Si le sérum est dilué, la réaction agglomérante se fera encore avec le bacille typhique, tandis qu'elle aura complètement disparue avec le bacille de Nocard.

M. Lesage, dans une communication faite devant la Société de Biologie, le 16 octobre 1897, a insisté particulièrement sur le groupe nombreux et disparate des coli-bacilles. Par la méthode expérimentale, il a prouvé que le sérum typhique n'agglutine ni le coli-bacille normal, ni le coli-bacille infectieux. Il prétend même que le coli-bacille qui engendre chez les nourrissons ces entérites mortelles appartient à une race particulière et que le sérum de ces enfants malades ne peut l'agglutiner qu'imparfaitement ; suivant cet auteur, le coli-bacille en question diffère du coli-bacille de l'adulte.

La réaction agglutinante sert avantagusement à déceler la présence du bacille typhique dans l'eau.

M. Wyatt-Johnston, de Montréal, (1) se basant sur le fait qu'une injection de bacilles typhiques, morts ou vivants, pratiquée

chez des animaux, produisait chez ces derniers la réaction agglutinante, rechercha le bacille d'Eberth dans l'eau, et fit dans ce but les expériences suivantes :

“ 1 centimètre cube de bouillon de culture de bacille typhique fut introduit dans un flacon contenant 2 litres d'eau, prise au robinet du laboratoire. Cette eau donnait, par centimètre cube, onze mille colonies sur gélatine, à la température de la chambre. Après avoir agité le flacon, un centimètre cube de l'eau ainsi infectée fut versée dans un autre flacon contenant également 2 litres d'eau ordinaire. Celle-ci représentait alors une dilution du bouillon de culture primitif, à 1 pour 4 millions. Un centimètre cube de cette dilution fut alors placé dans 5 centimètres cubes de bouillon ordinaire peptonisé, et mis à l'étuve à 37° pendant vingt-quatre heures. Ce bouillon fut ensuite stérilisé pendant une heure à 65° centigrades, et enfin injecté dans la cavité péritonéale d'un lapin.

“ L'injection fut très bien supportée et ne provoqua qu'une légère diminution de poids. Le sang, examiné huit jours après, agglutinait parfaitement. Examiné avant l'inoculation, il ne possédait pas la propriété agglutinante pour le bacille typhique. Le sang d'un animal témoin, inoculé avec 5 centimètres cubes d'un bouillon de culture, ensemencé avec la même eau que précédemment, non additionnée de culture typhique, ne donna pas la réaction.”

Ces résultats ne sont pas encore définitifs, et l'auteur entend prouver par des expériences nouvelles l'efficacité de sa méthode. Il conseille d'injecter plutôt des lapins que des cobayes, parce que ceux-là parviennent à acquérir plus vite la réaction agglutinante.

Il faut commencer par de petites doses, car autrement la santé de l'animal pourrait être compromise :

M. Grimbert, devant la Société de Biologie, le 19 mai 1894, a préconisé la méthode suivante pour la recherche du bacille typhique dans l'eau lorsqu'il se trouve accompagné du coli-bacille :

“ J'ai cherché, dit-il, s'il était possible de retrouver ce microbe dans les eaux, lorsqu'il se trouve accompagné du coli-bacille.

“ Dans une première série d'expériences, un ballon d'eau ordinaire stérilisée fut additionné d'un centimètre cube d'une culture de bacille typhique provenant d'une rate humaine, et d'un centimètre cube d'un coli-bacille isolé de l'eau de la Vanne. Deux jours après, l'application du procédé Péré limité à un seul passage phéniqué ne donne qu'une culture pure de coli-bacille sans trace de bacille d'Eberth. En supprimant le passage phéniqué pour ensemencer l'eau dans du bouillon qui servait ensuite à faire des plaques, toutes les colonies étaient encore constituées par le seul coli-bacille, donnant de l'indol dans les solutions de peptone.

“ Dans une deuxième série d'expériences, un litre d'eau ordinaire stérilisée reçut un cent. cube d'une culture de bacille typhique et deux gouttes de coli-bacille. Trois jours après, les plaques préparées avec cette eau directement ou après passage par bouillon ne donnent que du coli.

“ Un ballon témoin ensemencé avec le même bacille typhique a donné des cultures florissantes. Ce n'est donc pas le changement de milieu qui a empêché le bacille d'Eberth de pulluler dans l'expérience précédente.

(1) New-York Medical Journal, 1897, 5 juin.

Revue des journaux

MEDECINE

La pleurésie appendiculaire.

Par M. DIEULAFOY.

Conclusions. — 1° la pleurésie appendiculaire est l'infection de la plèvre consécutive à l'appendicite. Il y a une *pleurésie appendiculaire*, comme il a un foie appendiculaire, avec cette différence que l'infection hépatique se fait par l'intermédiaire de la veine porte, tandis que l'infection pleurale se fait par propagation à la faveur des adhérences et des lymphatiques.

2° La pleurésie appendiculaire se voit surtout dans les appendicites à type remontant. L'infection appendiculaire aérobie et anaérobie remonte derrière le cæcum et le côlon, gagne de proche en proche et s'étend, semant sur son passage du pus, des membranes, des adhérences et parfois des collections enkystées. Les produits infectieux tapissent le foie et s'étalent à la face inférieure du diaphragme sous forme d'abcès sous-phrénique.

3° Tantôt les agents infectieux provoquent la perforation du diaphragme, tantôt ils pénètrent dans la cavité thoracique à la faveur des puits lymphatiques sans que le diaphragme soit perforé.

4° L'apparition de la pleurésie appendiculaire survient quelques jours après le début de l'appendicite. C'est même quand les symptômes appendiculaires semblent se calmer que la complication pleurale apparaît. En six, huit, dix jours l'infection a eu le temps de se propager de l'appendice à la plèvre.

5° La pleurésie appendiculaire est toujours une pleurésie droite. Les exceptions à cette règle sont extrêmement rares. La phase pleurétique se confond avec la phase hépato-phrénique ; douleurs vives à l'hypocondre droit, douleur thoracique avec retentissement à l'épaule droite, toux quinteuse sans expectoration, dyspnée intense, tels sont les symptômes du début.

6° Dans quelques cas, l'infection de la plèvre est à peine ébauchée, et la lésion se réduit à une pleurésie sèche qui se traduit par des frottements. Parfois aussi, le liquide de la pleurésie appendiculaire est réduit à son minimum d'infection ; épanchement à l'apparence d'un liquide séreux et la complication guérit sans autres incidents.

7° Le plus souvent le liquide de la pleurésie appendiculaire est trouble, fétide et putride. Ce liquide n'est pas homogène, il est mal lié et forme rapidement un dépôt. L'auscultation et la percussion donnent les signes d'un grand épanchement ; à ces signes se joignent parfois les signes d'un pneumothorax dû au dégagement des gaz engendrés par la putréfaction. Dans un cas, on a constaté la vomique.

8° Le pronostic de la pleurésie appendiculaire est des plus sérieux ; les symptômes généraux, l'état du pouls, l'affaiblissement rapide du malade en indiquent la gravité.

9° En face d'une pleurésie droite, fétide et putride, il faut toujours penser à l'appendicite, il faut reconstituer l'étape abdominale appendiculaire qui a précédé de six, huit, dix jours l'étape phrénico-pleurale.

10° L'intervention chirurgicale doit être hâtive, parfois même elle doit être double ; il faut attaquer l'infection pleurale par l'opération de l'empyème et l'infection péritonéale par la laparotomie.

11° Malgré cette double intervention, il est à craindre que le malade succombe, car il est déjà infecté et intoxiqué. Le vrai traitement est donc le traitement prophylactique, celui qui consiste à

enlever le foyer appendiculaire dès l'apparition de l'appendicite ; c'est là la seule thérapeutique sage et rationnelle, celle qui met à l'abri des dangers et des complications sans nombre de l'appendicite.

(Bull. de l'Académie de médecine.)

Troubles vaso-moteurs hystériques de la conjonctive.

(Soc. méd. et chir. de Bordeaux.)

M. Fromaget. Cette jeune fille ne vous est pas inconnue. L'année dernière, je vous l'avais montrée parce qu'elle était atteinte de *larmoiement paroxystique hystérique*. Les crises de larmes ont guéri au bout de trois mois, et rien ne nous faisait craindre de nouveaux accidents lorsque, à la suite de la mort de son père, paralytique général, elle nous montra des accidents nouveaux.

Elle se plaint de sensation de brûlure dans les yeux, et quand nous l'examinons, nous trouvons des troubles circulatoires très intéressants ; la conjonctive bulbaire, surtout au voisinage des culs-de-sac, offre des vaisseaux congestionnés, énormes, comme s'ils avaient été injectés artificiellement. La muqueuse ne présente pas la moindre inflammation ; il n'existe pas le plus léger catarrhe. Les troubles vaso-dilatateurs ne sont pas constants ; tantôt ils apparaissent des deux côtés, tantôt à droite, à gauche. Leur durée est extrêmement variable : deux heures, trois quelquefois davantage.

Le larmoiement a complètement disparu. Cette malade présente tous les stigmates de l'hystérie ; je n'y reviens pas puisque l'année dernière je me suis expliqué à ce sujet.

Ces troubles vaso-moteurs hystériques sont absolument localisés à la conjonctive et rentrent dans les cas publiés récemment par Borel (*Annales d'Oculistique*, janvier 1900). Ces faits sont encore peu connus, et celui-ci en est un exemple remarquable.

M. Brindel. A-t-on examiné en même temps la muqueuse nasale ? A-t-on constaté de l'hydorrhée nasale ?

M. Fromaget. Cet examen a été fait par M. Guément, qui n'a rien constaté. Les troubles hystériques n'intéressaient donc pas la muqueuse pituitaire.

(J. de méd. de Bor.)

CHIRURGIE

Traitement de la tuberculose rénale.

(Société de chirurgie.)

M. Pousson (de Bordeaux) fait une communication concernant le traitement de la tuberculose rénale. A ce point de vue on peut diviser l'affection en deux degrés. A un premier degré la tuberculose rénale est pure et dans ce cas on peut discuter l'intervention. Au deuxième degré, poursuite du ramollissement des tubercules des lésions sont minces ; dans ce cas il faut intervenir. *M. Pousson* présente 10 cas de ce genre ; 5 fois il a pratiqué la néphrotomie, sur ces 5 opérés, il y a une mort, 4 survies opératoires, dont 2 récidives. Dans les 7 autres cas, l'intervention pratiquée fut la néphrectomie ; tous les malades ont guéris et sont restés guéris depuis 1, 2 et même 5 ans. On peut en conclure que la néphrectomie est l'opération de choix ; le plus souvent l'opération pourra être extra-péritonéale. Quant au pédicule, il faut lier les vaisseaux séparément ainsi que l'uretère, le plus souvent la résection de l'uretère s'impose et il faut la pratiquer le plus près possible de la vessie.

M. Reynier partage l'avis de M. Pousson ; les opérations partielles sont des opérations mauvaises ; il faut faire la néphrectomie et l'urétréctomie et c'est à cette pratique qu'il doit un succès depuis dix ans ; dans un autre cas, ayant laissé l'uretère, il s'est produit une fistule qui dure encore.

M. Tuffier pense que dans certains cas la néphrotomie trouve des indications ; ainsi quand la rétention, surtout la pyonéphrose, vient compliquer la tuberculose rénale ; on peut, dans ce cas, se contenter de la néphrotomie, quitte à la faire suivre d'une néphrectomie secondaire.

M. Albarran. — La néphrotomie n'est indiquée, dans les cas dont parle M. Tuffier, que s'il y a doute sur la valeur de l'autre rein ; si l'autre rein est sain, il faut pratiquer la néphrectomie primitive. Quant au pédicule, il faut le lier au catgut, la soie donnant souvent des fistules. Pour l'uretère enfin, M. Albarran est d'avis, comme M. Tuffier, que si ce conduit est sain, il est inutile d'en faire l'extirpation.

M. Tuffier défend la néphrotomie dans les cas sus-indiqués, parce que souvent il est difficile, sinon impossible de déterminer la valeur fonctionnelle de l'autre rein. D'autre part, l'orifice des fistules lui paraît être, non pas tout dans la nature du fil employé, mais dans la présence d'un uretère malade présentant des rétrécissements multiples ; cet uretère il faut l'enlever.

(*Progrès médical*).

Mal de Pott, disparition de la gibbosité par le décubitus ventral.

(Soc. de chir.)

M. Bouquet (de Boissy-en-Brie), envoie une observation qui concerne un enfant de onze ans, atteint d'un mal de Pott depuis cinq ans ; à cette époque un abcès lombaire avait été ouvert et était resté fistuleux. Dans les derniers temps d'autres abcès parurent et furent traités par la ponction et les injections d'éther iodoformé, puis le chirurgien prescrivit l'immobilisation dans le décubitus dorsal. Cette position donnant lieu à de très vives douleurs, l'enfant fut placé dans le décubitus ventral et resta ainsi immobilisé au moyen d'un bandage-ceinture, pendant quatre mois, durant lesquels on fit en même temps l'extension. Peu à peu la gibbosité disparut, l'état général s'améliora et le malade a guéri. Il était intéressant de rapporter ce fait, tout en remarquant cependant que cette position ventrale ne doit être signalée que comme un moyen de traitement qui ne peut être généralisé.

(*Indép. méd.*)

OBSTÉTRIQUE

Bicyclette et grossesse.

M. Menant a récemment rapporté le cas d'une jeune femme, enceinte de deux mois, qui, après une course fatigante en bicyclette avorta le lendemain. Ce cas est instructif pour les médecins qui, chaque jour, sont consultés sur ce genre de sport. L'exercice de la bicyclette doit-il être considéré comme salutaire ? C'est là, aujourd'hui, une question résolue par l'affirmative. Le cyclisme, en fait, met en jeu tous les muscles de l'économie, n'exige pas une grande dépense de force (les professionnels exceptés), exerce une action fa-

vorable sur la respiration, sur la circulation, sur les fonctions gastro-intestinales. Chez la femme, elle régularise les fonctions menstruelles, mais ne doit pas être pratiquée pendant l'époque cataméniale. Mais la bicyclette peut-elle être permise pendant la grossesse ? M. J. Lucas Chamfionnière qui a une grande expérience de ce sport, croit que l'usage du cyclisme, abstraction faite des courses longues et rapides, est utile quand il n'y a pas de contre-indication spéciale et quand il est pratiqué seulement dans les premiers mois de la grossesse. Il regarde cet exercice comme le moins fatiguant des voyages.

(*Jour. d'hyg. — G. des hop.*)

GYNECOLOGIE

Traitement simple et sur de la bartholinite suppurée.

Dans les cas les plus ordinaires de cette affection nous nous trouvons en présence d'une tumeur fluctuante de la grosseur et de la forme d'une amande, dont le grand axe se confond avec celui de face interne de la grande lèvre.

La plupart du temps, la malade a laissé s'ouvrir seul son abcès ; ce n'est que lorsqu'elle a eu une ou plusieurs récidives qu'elle consulte le chirurgien.

Le moment le plus propice pour l'intervention que nous allons préconiser est celui où l'abcès est encore complètement clos.

Voici comment nous procédons habituellement.

Nous faisons saillir la tumeur entre le pouce et l'index de la main gauche et nous la ponctionnons au bistouri. Nous agrandissons légèrement l'ouverture avec des ciseaux coupant bien de la pointe, de façon à lui donner un centimètre à un centimètre et demi de longueur environ.

Après avoir exprimé la tumeur pour en évacuer le contenu, qui a parfois la consistance d'un mucopus très épais, nous introduisons dans la cavité à l'aide d'une pince à mors plats le quart d'une pastille de potasse et nous l'y abandonnons ; le caustique fuse naturellement et se répand dans toute la poche, nous facilitons cette diffusion en malaxant légèrement et nous laissons les choses en l'état après avoir placé entre les deux grandes lèvres un petit tampon de gaze antiseptique froissée.

Le lendemain, on trouve l'ouverture entourée d'une auréole noirâtre, dessinant une ellipse de la grandeur d'une pièce de un franc, c'est la paroi cutanée de la glande suppurée ; celle-ci s'élimine dans la huitaine, et 20 jours après la guérison est complète. La récidive est impossible, puisque la glande n'existe plus et la cicatrice qui en résulte est insignifiante.

Pendant la durée du traitement, un simple tampon de gaze froissée entre les grandes lèvres, remplacé après chaque miction, suffit comme pansement.

La malade peut ne pas interrompre ses occupations.

Cette manière de procéder est très utile au médecin isolé, puisqu'elle lui permet de se passer d'aide.

Dr A. CUCHE.

(*J. de méd. et de chir. prat. — Gaz. méd. Belge.*)

THERAPEUTIQUE

Traitement de l'otorrhée.

M. Hennebert (Cer. méd. de Brux.) rappelant les origines de l'otorrhée, due le plus souvent à une inflammation chronique de l'oreille moyenne, insiste sur la nécessité de ne pas négliger ce symptôme, comme on le fait encore trop souvent en se basant sur ce préjugé que l'arrêt d'un écoulement peut causer de la méningite ou une affection plus ou moins grave de l'œil. Une pareille interprétation des faits est erronée ; la diminution ou la disparition de l'otorrhée est due, dans ces conditions, à une dérivation inflammatoire causée par l'éclosion d'une mastoïdite, d'un abcès intracranien ou provoque ces complications à la suite d'un mauvais traitement, comme l'insufflation de poudres astringentes, alun, acétate de plomb, formant un ciment qui s'oppose à l'écoulement naturel du pus.

Au point de vue du pronostic, M. Hennebert résume les données récentes de la bactériologie d'après lesquelles l'otite aiguë serait généralement due au pneumocoque et serait d'un pronostic favorable ; l'otite chronique dépendrait du staphylocoque, amené ordinairement de l'extérieur par la trompe d'Eustache ou le conduit auditif externe, de la faute du patient ou même du médecin ; enfin, le streptocoque présiderait aux complications mastoïdiennes et endocraniennes.

Le traitement, qui est tout entier dans les soins de propreté et d'asepsie ou d'antisepsie, comprend les lavages, préférables aux pansements secs (tamponnement) que la configuration anfractueuse de la région et la petitesse relative des perforations tympaniques rendent beaucoup moins favorables. Il faut que les lavages soient du reste bien faits, avec eau bouillie ou antiseptique, sous une pression modérée, d'une température de 40° environ, pour éviter la syncope ou des vertiges souvent intenses, dus parfois au bouillonnement de l'air dans le liquide injecté ; il est bon également de redresser le conduit auditif en tirant le pavillon en haut et en arrière. L'oreille étant détergée, l'examen local est possible : on applique ensuite les médications, soit des instillations de glycérine résorcinée, d'alcool dilué ou même concentré, de glycérine phéniquée au 1/10 et davantage, soit des poudres solubles, comme l'acide borique pulvérisé, soit surtout l'eau oxygénée, préconisée par Buys et Labarre, et réalisant le meilleur topique, notamment pour déliter le pus avant le lavage.

Un adjuvant excellent, mais d'un emploi un peu spéciale, est l'insufflation d'air, utile dans les perforations minimales du tympan ; on a conseillé encore les lavages antiseptiques par la trompe d'Eustache. Le pansement local se termine par l'application d'un tampon d'ouate stérilisée, manié par des mains propres et enfoncé profondément dans le conduit pour faire office de drain. Si, après une série de pansements semblables, le praticien peut croire à un succès et se féliciter d'avoir tari la suppuration, il n'oubliera pas, toutefois, qu'il n'a traité qu'un symptôme, et qu'il doit se méfier des guérisons apparentes, laissant le mal couver dans le fond de l'oreille, prêt à se réveiller au bout d'un temps plus ou moins long, dans des circonstances souvent des plus graves pour le malade.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Maladies nerveuses

Paralysie générale et syphilis.

Par PAUL SÉRIEUX et F. FARNARIER.

Conclusions. — I. La syphilis est de beaucoup la cause la plus fréquente de la paralysie générale ; on la trouve — certaine ou pro-

bable — dans près de 80 % des cas ; elle peut être affirmée avec certitude dans 50 % des cas. Elle existe comme seul facteur 31 fois %. C'est dire qu'elle est 2 fois plus fréquente que les autres infections (variole et typhoïde) et l'alcoolisme réunis ; 2 fois $\frac{1}{2}$ plus fréquente que l'hérédité arthritique, 8 fois plus fréquente que le traumatisme crânien, causes qui sont cependant plus faciles à dépister.

II. L'hérédité névropathique ou vésanique se rencontre environ dans le tiers des cas, mais ce chiffre est sûrement trop faible. L'hérédité paraît être le terrain nécessaire au développement de la paralysie générale.

III. La durée d'incubation de la maladie est en moyenne de 14 à 15 années, avec 6 et 32 ans comme chiffres extrêmes. Dans cette période d'incubation nous comptons aussi ce que l'on pourrait appeler "la période d'invasion" de la paralysie générale, c'est-à-dire la période pendant laquelle les symptômes morbides, encore peu accusés, ne rendent pas l'internement nécessaire. Cette phase ayant autant qu'on peut en juger, une durée de 2 ou 3 ans, la période d'incubation vraie se trouve réduite à 12 ans environ.

IV. L'âge moyen d'internement des paralytiques généraux est voisin de la quarantaine ; en tenant compte des 15 ans de période latente (incubation et invasion), on trouve 25 ans environ comme âge de la contagion, ce qui est conforme aux données de la syphilographie.

V. Quelle que soit la valeur de la syphilis comme cause de la paralysie générale, ce facteur étiologique n'est pas unique. La syphilis n'a qu'une action banale, qui n'est en rien spécifique ; et il paraît bien démontré que les substances toxiques les plus diverses — poisons chimiques (plomb ou alcool), poisons végétaux (maïs altéré), poisons microbiens (syphilis, variole), peuvent être aussi les auto-intoxications, — peuvent donner naissance chez des prédisposés à la méningo-encéphalite. La paralysie générale ne mérite donc plus les dénominations trop exclusives d'affection *parasyphilitique*, ou même *parainfectieuse*, mais celle plus générale, d'affection *paratoxique*, (en considérant les infections comme des intoxications).

(Bull. de méd. ment. de Belgique.)

Un cas de sclérose en plaques. Un nouveau signe.

Par MAURICE BLOCK.

(Soc. médico-chirurgicale.)

Le nouveau symptôme, *signe du balancier*, se produit chez le malade quand il est debout ou mieux les mains arc-boutées sur un meuble. Qu'alors il fléchisse la jambe sur la cuisse, s'appuie sur cette jambe en demi-flexion et relève l'autre de suite, il se produit une série de mouvements alternatifs de flexion et d'extension. Le malade est incapable de ralentir ces mouvements tant qu'il garde son attitude.

Ils ne s'arrêtent que quand la jambe est replacée dans l'extension. Le symptôme n'a été constaté que depuis trois mois, alors que tous les autres signes de la sclérose en plaques datent de deux ans.

(Rev. neurolog.)

Note sur l'hystérie droite et sur l'hystérie gauche.

Par F. RAYMOND et P. JANET (Revue neurologique)

Ces auteurs donnent une statistique portant sur 388 malades et considèrent 3 groupes : dans le premier les accidents moteurs et

sensitifs ne prédominaient pas plutôt d'un côté que de l'autre (138 malades) ; dans le second ils siégeaient à gauche (148) ; à droite dans le troisième (102).

Le fait qui frappe de suite, c'est que dans l'hystérie droite les troubles de la parole (22,5 pour 100 contre 2,7) sont dans une prédominance énorme ainsi que cela existe pour les hémiplegies organiques. Une constatation plus inattendue, c'est qu'une prédominance dans le même sens (16,7 contre 1,3) se note pour les troubles de la respiration ; elle pourrait s'expliquer par un certain rapport entre les fonctions de la respiration et les fonctions du langage. Il est probable que la respiration n'est troublée, chez l'hystérique, que dans ses éléments les plus élevés, en rapport avec les fonctions psychologiques de l'émotion, de l'attention ; par là elle se rapproche des fonctions du langage et on pourrait supposer que les centres corticaux de la respiration sont surtout dans le cerveau gauche.

Par contre, la statistique est loin de confirmer l'importance supposée du cerveau gauche pour les actes de la pensée ; elle montre une égale fréquence des troubles intellectuels dans l'hystérie gauche que dans l'hystérie droite (30,4 ; 31,3) ; cela n'indique pas un rôle bien spécial des affections du cerveau gauche dans les troubles intellectuels.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

PÉDIATRIE

De la tourniolo des nouveau-nés.

L'auteur a consacré un petit travail, basé sur 11 observations, à la description de la tourniolo des nouveau-nés, affection bénigne, mais très fréquente, puisqu'on l'observerait dans 18 pour 100 des cas environ.

L'affection consiste en un décollement épidermique formant phlyctène au niveau des replis unguéaux des mains. Elle débute, d'ordinaire, du sixième au dixième jour de la naissance, sous forme d'un décollement de l'épiderme accompagné de rougeur, ne dépassant pas, l'habitude, la troisième phalange. Ultérieurement, il se forme là une petite phlyctène en croissant, qui se remplit d'une gouttelette de liquide séro-purulent. En quelques jours la phlyctène s'affaisse et se flétrit sans s'ouvrir au dehors. L'affection attaque généralement plusieurs doigts à la fois, mais surtout l'index. La marche de cette légère affection est très rapide et n'influe en rien sur l'état général de l'enfant. Très rarement on observe des complications (érysipèle).

La tourniolo est due à l'infection par le saphylocoque de ces petits soulèvements épidermiques produits par la desquamation qu'on observe dans les premiers jours de la naissance. Pour prévenir la tourniolo, il suffira de mettre au nouveau-né des brassières à manches longues pour éviter le grattage. Quand la tourniolo est constituée, on recouvrira les doigts de vaseline et d'ouate hydrophile.

(Presse méd.)

Furonculose chez un nourrisson.

M. Sebilotte (Soc. obst. Paris) rapporte une observation dans laquelle la levure de bière fut donnée à l'enfant par l'intermédiaire du lait de la nourrice, dont la richesse en beurre augmenta sous l'influence de l'ingestion de cachets de levure de bière. Mais ce qui

est surtout intéressant, dans ce cas, c'est que l'enfant, qui était constipé avant le traitement, eut des selles régulières tant que sa nourrice prit de la levure, et redevint constipé lorsque ce médicament fut suspendu. Si bien que la famille redemanda de la levure de bière non plus contre la furonculose qui était guérie, mais pour lutter contre la constipation. Cette action est due, sans doute, à ce que la levure de bière apporte des modifications dans les fermentations intestinales. M. Sebilotte a pu s'assurer, sur lui-même, que les selles étaient très faciles et très régulières quand on absorbait des cachets de levure de bière.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

BIBLIOGRAPHIE

CONFÉRENCES POUR L'EXTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris, 1 vol. grand in-8 de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er Janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois ont réuni un choix des questions d'anatomie de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du concours de l'externat et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débiter dans la pratique hospitalière.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique : par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En pathologie, ils ont donné la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

J. A. Sutcliffe. — Report of a Case of Fibroma of the neck. — Reprint from medical and Surgical monitor.

T. Pickelt, — The Surgery of Fractures.

FORMULAIRE

Mixture contre l'œdème des membres dans la maladie de Basedow.

(M. H. MACKENZIE.)

Teinture de digitale..... 7 gr.

Teinture de belladone..... 4 gr.

Mélez. — A prendre : 10 gouttes 3 fois par jour.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Les maladies infectieuses, Fièvre typhoïde.....	399
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Alcool et épilepsie.....	372
CHIRURGIE : Anévrisme poplite ; extirpation ; guérison — Les dénopathes tuberculeuses chirurgicales.....	372
OBSTÉTRIQUE : Lymphangite et galactophorite.....	373
GYNÉCOLOGIE : Traitement de l'endométriite.....	374
THERAPEUTIQUE : De l'eau oxygénée en évaporation contre la coqueluche—Traitement de l'insuffisance rénale.....	374
PÉDIATRIE : Le tabes chez les enfants.....	375
XIII ^e Congrès International de Médecine.....	375
NOUVELLES.....	376

Travaux Originaux

Les maladies infectieuses.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

(Suite)

INOCULATIONS.

La fièvre typhoïde n'a jamais été reproduite expérimentalement ; Chantemesse et Widal n'ont obtenu, par les inoculations, qu'une septicémie bien prononcée.

Sanaralli remarqua que l'injection de toxine typhoïdique dans le péritoine du cobaye tuait celui-ci entre douze et vingt-quatre heures ; la proportion de la toxine était d'un centimètre cube par 80 grammes du poids de l'animal.

D'après M. Chantemesse, la poule et le pigeon sont réfractaires à la toxine typhoïdique, mais la souris, le lapin, le cobaye, le chien, et le cheval supportent différemment les conséquences de ces injections de toxine, et présentent un degré plus ou moins élevé de sensibilité à cette substance.

A l'autopsie du cobaye, qui a succombé aux effets de toxine typhique, on constate " une rougeur vive du péritoine et de l'intestin, de la congestion du foie, de la rate et des capsules surrénales. " Quand la mort a été plus lente, la rougeur péritonéale est plus " marquée. La cavité du péritoine et celle des plèvres renferment " une petite quantité de sérosité citrine et parfois un peu de fibrine. Les poumons sont hyperémisés ; les capsules surrénales sont " franchement rouges. L'urine contient de l'albumine.

" Les premiers effets de l'injection intra-péritonéale ou sous-cutanée, au cobaye, se manifestent par un abaissement de température qui tombe au dessous de 35°. Le poil se hérisse ; l'animal devient " somnolent et son corps est agité de petites secousses brusques. Il " n'a pas de diarrhée. Si la mort n'est survenue qu'au bout de deux " ou trois jours, les dernières heures de la vie sont marquées par " des crises de convulsions toniques portant sur les membres et sur " le rachis." (Chantemesse).

La réaction agglutinante n'apparaît chez les animaux que quelques jours après l'injection, et, comme l'ont prouvé les expériences de MM. Chantemesse et Hulot, ce phénomène d'agglutination commence à se manifester dans le foie et la rate, et non pas exclusivement dans le système lymphatique, ainsi que l'avait enseigné M. Pfeiffer.

Le sérum des animaux qui auraient reçu en injection des doses graduelles de toxine typhique vient à acquérir des propriétés unificatrices et même curatrices. C'est la sérothérapie expérimentale de la fièvre typhoïde. Des expériences récentes de MM. Chantemesse et Widal sont venues établir la véracité de ce fait et son importance considérable dans la recherche du traitement préventif et curatif de la dothiéntérie chez l'homme.

—:0:—

CHAPITRE QUATRIÈME

BLENNORRHAGIE.

La blennorrhagie est une maladie contagieuse, caractérisée par une inflammation spéciale de la muqueuse uréthrale.

Cette affection est d'origine spécifique, et le microcoque qui l'engendre est le gonocoque de Neisser.

Il est reconnu aujourd'hui que la blennorrhagie n'est pas uniquement une maladie locale, mais aussi une maladie possédant des manifestations générales, comme le prouve la présence du gonocoque dans des organes situés loin du lieu de contamination.

La gonorrhée est certainement une des affections les plus fréquentes et plus connues ; ils sont nombreux ceux qui lui ont involontairement payé un tribut.

Les anciens connaissaient ce mal redouté, ainsi que l'affirme Offele (de Neuenhar) qui étudia plusieurs papyrus de l'antique Egypte, en particulier ceux d'Ebers où il est fait mention du pus qui " ronge la chair de l'homme et de la femme."

Comme dans toutes les maladies contagieuses, il faut, chez la personne qui s'expose à la contagion de la blennorrhagie, une certaine prédisposition au développement de l'affection.

Les fatigues physiques, les coïts répétés, les orgies, favorisent extraordinairement l'éclosion de la gonorrhée, et chez les femmes, la leucorrhée habituelle, la période menstruelle, facilitent beaucoup la contagion.

Au contraire d'autres affections d'origine microbienne, la blennorrhagie ne confère pas d'immunité, et une première atteinte semble plutôt en favoriser l'apparition d'une autre.

Suivant la plupart des auteurs modernes, la blennorrhagie ne peut se contracter qu'avec une personne atteinte de cette affection ; quelques uns seulement affirment le contraire.

La gonorrhée est une uréthrite d'origine spécifique ; il y a aussi l'uréthrite simple ou non gonococcique qui n'est qu'une irritation passagère de la muqueuse uréthrale.

L'affection gonorrhéique peut passer à l'état chronique et constituer la blennorrhée ou *goutte militaire*.

BACTERIOLOGIE.

Le microbe spécifique de la blennorrhagie fut découvert en 1879 par Neisser.

Le gonocoque est un diplocoque dont la forme est caractéristique. Si l'on examine au microscope du pus blennorrhagique, on reconnaît aisément cet agent pathogène par sa situation dans l'intérieur des leucocytes, et surtout des cellules épithéliales provenant de la muqueuse uréthrale. Il se présente, seul ou en amas, comme deux haricots se regardant par leur concavité. La dimension est de 1,6 millièbre de millimètre de longueur et de 0,8 millièbre de millimètre de largeur.

On le trouve non-seulement dans l'écoulement purulent de l'urèthre ou du vagin, mais aussi dans toutes les localisations de la blennorrhagie, soit au rectum, soit aux yeux, etc. L'ophtalmie purulente des nouveau-nés est d'ordinaire d'origine gonococcique.

Cependant, d'après les récents travaux de MM. Jullien, Sibert, Marcel Sée, Chauffard et nombre d'autres, il est reconnu que le gonocoque ne se localise pas seulement dans les muqueuses génitales, mais que de là, par la circulation, il va créer des altérations pathologiques dans les articulations, dans le péricarde, et même dans les centres nerveux.

MM. Rendu et T. Hallé rapportent l'intéressante observation d'une femme qui, après avoir subi une infection gonococcique, mourut d'une endocardite infectieuse. Voici les conclusions que fit M. T. Hallé sur ce cas.

" 1° L'examen du liquide utérin démontre que, malgré l'absence de signes habituels de la blennorrhagie, la malade est véritablement atteinte de métrite gonococcique.

" 2° L'examen de la sérosité de l'œdème pleuroneux du coude fait découvrir, à l'état de pureté, le gonocoque de Neisser, doué d'une virulence excessive ;

" 3° L'examen du sang pendant la vie est resté constamment négatif ;

" 4° Les recherches bactériologiques, faites immédiatement après la mort sur les sérosités pleurales et péricardiques, ne donnent aucun résultat ;

" 5° L'examen bactériologique et histologique des végétations aortiques montre la présence exclusive du gonocoque.

" L'observation qui précède met hors de doute la réalité de l'endocardite infectieuse due au seul gonocoque ; nulle part il n'existait d'association microbienne.

M. Mirabeau, en pratiquant une opération chez une femme atteinte de gonorrhée, se blessa au pouce. Quelques jours après, au lieu de contamination, il se forma une pustule hémorrhagique, suivie bientôt d'une lymphangite du bras. L'examen bactériologique du contenu de la pustule montra nettement la présence de gonocoques.

MM. Montense et Lop rapporte le cas d'un jeune homme qui eut, au vingtième jour de sa blennorrhagie, une phlébite de la saphène interne droite avec une arthrite du cou-de-pied du même côté. Cette phlébite dura cinq semaines.

M. Walter Collan signale un cas d'épididymite où l'examen bactériologique du pus montra la présence de gonocoques typiques. MM. Grosz et Routier ont constaté le même fait.

MM. Hugouneq et Eraud ont prétendu que l'épididymite blennorrhagique était causée par un autre agent que le gonocoque, par l'orchicoque, comme ils l'ont appelé. Mais M. Routier, chirurgien de l'hôpital Necker, constata à plusieurs reprises le microbe spécifique de la gonorrhée dans le pus de l'épididymite, et démontra que cette dernière affection " est due à la pénétration du gonocoque dans les voies spermatiques." (1)

M. Reich, dans un cas de spermato-cystite, fit la même constatation, et obtint même, par ensemencement du pus, une culture pure de gonocoques.

MM. Jullien et Sibut (de Paris) trouvèrent dans le sang d'une jeune fille, traitée pour une blennorrhagie vaginale, un *coccus* très petit. Dans un autre cas semblable, ils constatèrent la présence du gonocoque dans le sang, avec manifestation, chez la malade, d'une cachexie cardiaque accentuée. " Nous ne pouvons pas, ajoutent ces

" mêmes auteurs, omettre de citer à ce propos le travail capital de Ahman qui, se trouvant en face d'un cas semblable, obtint des cultures pures de gonocoque avec le sang et inocula la cinquième génération à un jeune homme qui se proposa pour cette expérience. Une chaudepisse suraiguë se déclara, et, malgré les soins les plus hâtifs, se compliqua d'épididymite, de cystite, de synovites et, finalement, de pleurésie."

M. Jadassohn (Breslau) croit que toutes les arthrites qui se développent au cours d'une blennorrhagie sont dues à la présence du gonocoque dans les articulations. " Si, conclut-il on ne le trouve pas toujours dans l'épanchement articulaire, cela peut tenir à deux causes : ou bien les gonocoques restent dans la séreuse et n'émigrent pas dans le liquide articulaire ; ou bien ils passent dans l'épanchement pour y périr très rapidement."

D'autres microorganismes, tels que le streptocoque, le staphylocoque, viennent aider le gonocoque dans l'exaltation de sa virulence et provoquer par eux-mêmes une suppuration plus ou moins abondante. Mais ces infections secondaires ne se développent que sous l'influence et la présence même du gonocoque, seul agent spécifique de ces diverses complications qui surviennent si souvent au cours d'une gonorrhée. Il arrive parfois que cet agent pathogène disparaît du foyer de suppuration qu'il a créé pour laisser à des microbes secondaires la tâche de continuer et d'étendre le processus inflammatoire.

Dans la blennorrhée ou gonorrhée chronique (goutte militaire), le gonocoque se rencontre dans l'écoulement matinal, mais non d'une façon absolue. La contagion d'une femme saine se fait alors par les grumeaux, les filaments qui, au moment de l'éjaculation, sont entraînés et agglutinés par le liquide spermatique, ou bien sont déposés à la vulve au niveau de l'orifice de l'urèthre, ou bien sont conduits par le propre mouvement des spermatozoïdes jusque dans l'intérieur du col utérin (Eraud).

Ainsi un blennorrhagien non guéri ne peut se marier, car sa gonorrhée est transmissible et peut occasionner chez sa femme, outre la blennorrhagie vaginale, ces salpingites, ces ovarites, ces métrites de nature gonococcique qui seront un empêchement à la fécondation et une source intarissable d'ennuis.

Cependant un homme, après une blennorrhagie aiguë, peut conserver un suintement uréthral et même certains filaments où il est impossible de retrouver le gonocoque.

(1) Médecine moderne, 17 juillet 1895.

Pour ces cas douteux, M. Neisser, au point de vue du mariage, a posé les conditions suivantes :

" 1° Il faut, pendant une semaine, examiner à plusieurs reprises la sécrétion de l'urètre antérieur, de l'urètre postérieur et de la prostate, et, lorsque cela est possible, les vésicules séminales ;

" 2° Il faut amener une augmentation passagère de la sécrétion par une injection irritante et par une excitation mécanique de la muqueuse urétrale ;

" 3° Au moyen de sondes fermées, il faut provoquer l'expression des replis urétraux, examiner les plus minimes flocons ou filaments au microscope, après avoir centrifugé la portion d'urine qui les contient.

" Lorsqu'après toutes ces précautions l'examen bactériologique et, si possible, les cultures restent complètement négatifs au point de vue du gonocoque, on peut autoriser le mariage."

Tous les tissus épithéliaux servent au développement du gonocoque. Le tissu conjonctif, qu'il soit recouvert d'un épithélium ou d'un endothélium, peut également être envahi par le microbe de Neisser.

La blennorrhagie est avant tout une affection épithéliale accompagnée d'une inflammation purulente du tissu conjonctif sous-jacent. (M. Touton).

Ce dernier auteur décrit ainsi les altérations de la gonorrhée. " Les principaux résultats du processus blennorrhagique dans un tissu sont : la prolifération du gonocoque dans les espaces intercellulaires, la turgescence des cellules épithéliales, l'invasion des espaces intercellulaires par des globules de pus, la destruction et l'élimination des cellules épithéliales ; à côté de cela on observe une infiltration cellulaire du tissu conjonctif. Le tissu conjonctif peut, dans certains cas, être mis complètement à nu par la destruction de son revêtement épithélial ; d'après Dinkler, il peut aussi se produire de la nécrose et des thromboses.

" Lorsque le processus morbide est superficiel et de courte durée, la guérison a pour résultat une restitution *ad integrum* ; lorsque son siège est plus profond et qu'il dure longtemps, l'affection se termine par une rétraction cicatricielle du tissu conjonctif : les tissus conjonctifs recouverts d'un endothélium présentent une grande tendance à la production d'adhérences entre surfaces qui se touchent.

" Le gonocoque peut donner lieu à une dégénérescence ou à une prolifération de l'épithélium : cet épithélium hyperplastique donne facilement naissance à des érosions par suite d'une macération des éléments épithéliaux et d'une dénudation du tissu conjonctif sous-jacent.

" Les cellules du tissu conjonctif peuvent aussi entrer en proli-
" fération sous l'influence d'une invasion de gonocoque.

" Les affections que nous voyons se produire en divers points éloignés du corps consécutivement à une blennorrhée primitive peuvent toutes, au point de vue théorique, être considérées comme étant causées par le gonocoque lui-même ou par ses toxines (métastases à gonocoques) ; il en est de même des affections d'organes avoisinant le siège primitif de la blennorrhée, lesquels sont infectés par continuité.

" Les leucocytes ne se comportent pas comme des phagocytes vis-à-vis du gonocoque ; ils ne servent qu'à transporter ce dernier soit hors de l'organisme, soit aussi dans diverses parties du corps qui n'étaient pas encore atteintes. Les gonocoques se reproduisent et se multiplient aussi bien dans les leucocytes que dans les espaces lymphatiques et intercellulaires.

" Des formes mixtes d'infection peuvent aussi se rencontrer dans la blennorrhée ; les cas de suppuration profonde (nécrose) du tissu conjonctif sont probablement dus à une infection secondaire par des microbes du pus : en revanche, les suppurations superficielles du tissu conjonctif dépourvu de son revêtement épithélial peuvent être produites par le gonocoque seul, surtout dans les régions cavitaires. En tous cas, la destruction des tissus produite par le gonocoque est bien moins intense et moins rapide que celle qui est déterminée par d'autres agents de la suppuration."

Le gonocoque est-il bien le seul agent de l'urétrite, ou, en d'autres termes, l'urétrite non gonococcique existe-t-elle ?

Cette question, qui présente encore bien des points obscurs, a été savamment étudiée par M. Jules Eraud. (1)

L'urétrite non gonococcique existe, mais sa classification n'est pas bien définie. Elle survient d'ailleurs rarement. Les microorganismes qui peuvent y donner naissance sont de deux sortes : des cocci et des bactéries. Ces derniers forment de véritables îlots intraglobulaires et intra-cellulaires, au lieu des amas de gonocoques intra-leucocytaires.

Mais ces saprophytes offrent peu de résistance et ne produisent que rarement de la suppuration urétrale.

Cependant les différences qui existent entre le gonocoque et les diplocoques de l'urétrite simple sont peut-être plus apparentes que réelles.

Il se peut " que des données nouvelles, comme celles qui tendent à se faire jour, à savoir — que la spécificité vient de moins en moins de l'espèce dont le rôle tend à s'effacer et de plus en plus du poison, dont le rôle grandit de jour en jour — viennent démontrer que le gonocoque n'est que le saprophyte transformé en pathogène, grâce à une diastase qui, ainsi que l'a démontré Buchner, se grefferait sur lui. Quand à la symptomatologie, est-elle différente de celle de l'urétrite gonococcique ordinaire ? On a prétendu que la réaction de la muqueuse était moins considérable, l'incubation plus courte, la douleur à la miction et à l'érection moins vive, le pus moins jaune, moins abondant, etc. Cette différence est peut-être plus apparente que réelle, car de même qu'il y a des blennorrhagies bénignes, il peut y avoir des urétrites gonococciques plus ou moins graves." (Eraud).

Parmi les cocci pouvant provoquer l'urétrite simple, MM. Eraud et Hugganweg ont décrit, en 1892, un diplocoque se rapprochant beaucoup, par ses caractères morphologiques du gonocoque de Neisser, et qu'ils ont appelé *orchiocoque*. Nous en reparlerons plus loin.

Le gonocoque n'agit pas seulement par sa présence, mais aussi par la toxine qu'il secrète. M. de Christmas (de Paris) a injecté expérimentalement quelques gouttes de toxine gonococcique, obte-

nue par certains milieux de cultures, dans l'urètre d'un homme, et a provoqué toutes les symptômes d'une véritable blennorrhagie : sensation de picotement, cuisson au passage de l'urine, sécrétion purulente, etc.

" Cette réaction inflammatoire de la gonotoxine, ajoutée de " Christmas, sur la muqueuse urétrale saine de l'homme est caractéristique pour le gonocoque ; elle permettra, à l'avenir, de faire " le diagnostic du gonocoque dans les cas de culture douteuse, et " on pourra, par ce moyen, éviter l'injection de cultures vivantes " de gonocoques dans l'urètre humain, dans le seul but de se rendre compte de l'authenticité de la culture."

(à suivre)

Revue des journaux

MÉDECINE

Alcool et épilepsie.

Par BRATZ.

Les observations ont été prises à l'asile de Weahlgarten.

Elles portent sur 70 malades qui tous ont pu être observés longuement et sur le compte de qui on avait beaucoup de renseignements. Un seul était un buveur de bière, tous les autres, outre la bière, consommaient une quantité plus ou moins grande de liqueurs distillées.

Les attaques épileptiques se présentent chez les buveurs sous deux formes cliniques complètement différentes. La première, l'épilepsie alcoolique, de beaucoup la plus fréquente, n'est pas une maladie autonome comme l'est l'épilepsie essentielle qui, quelle que soit son étiologie, se poursuit pendant toute la vie. L'épilepsie alcoolique n'est qu'un symptôme nerveux de l'alcoolisme chronique qui se manifeste souvent en même temps que le *délirium tremens*. Tout comme celui-ci elle disparaît régulièrement et rapidement par l'abstinence. Les attaques ont une forte tendance à récidiver à l'occasion des nouveaux excès alcooliques si les buveurs ne se corrigent pas, la maladie les poursuit pendant toute leur vie ; c'est là ce qui justifie l'appellation d'épilepsie alcoolique. Les convulsions des buveurs peuvent parfois survenir chez des individus complètement intacts et sont ainsi produites exclusivement par l'intoxication alcoolique chronique. Dans la grande majorité des cas l'alcoolisme exerce son action convulsivante sur un terrain prédisposé par l'hérédité ou par d'autres altérations précoces du cerveau. Cette prédisposition des alcooliques épileptiques se traduit fréquemment par des névropathies de l'enfance, souvent aussi par la brièveté de la période séparant les premiers accès de boisson de l'apparition des convulsions.

Tous les malades observés par Bratz présentaient outre l'épilepsie d'autres symptômes d'intoxication alcoolique : tremblement (presque constant), contractions douloureuses des muscles, troubles de la sensibilité, altération du nerf optique, céphalalgie, insomnie. L'état mental était altéré chez tous ; le trouble le plus fréquent était l'exagération de l'irritabilité. Les malades présentaient souvent des ivresses anormales.

Quatorze jours au plus tard après l'entrée à l'asile toutes les attaques avaient disparu.

Les attaques se présentaient sous toutes les formes des attaques d'épilepsie idiopathique : très rarement sous l'aspect du petit mal, très fréquemment comme les grandes attaques classiques, fréquemment sous la forme hystérique, ces dernières s'observèrent chez des malades n'ayant aucun stigmate hystérique.

* L'épilepsie alcoolique frappe les deux sexes d'une façon très inégale : l'auteur a observé 82 hommes alcooliques sur 400 épileptiques et 5 femmes seulement sur 250 épileptiques. Cette grande différence s'explique par ce fait que les femmes consomment fort peu de " schnaps."

Ces malades avaient commis de nombreux délits, mais ceux-ci avaient été provoqués par l'alcool et non par l'épilepsie.

L'abstinence fait rapidement disparaître les attaques, mais les malades recommencent à boire dès qu'ils sont sortis et l'épilepsie réapparaît.

L'auteur explique la pathogénie de l'épilepsie alcoolique en admettant une excitation des éléments nerveux du cerveau par l'intoxication, excitation susceptible de disparaître rapidement. Cette conception rend amplement compte de l'appui qu'apportent à l'alcoolisme différents autres facteurs (hérédité, rachitisme, etc.), de la prédominance des attaques graves, de l'apparition de mouvements coordonnés (hystérisiformes) dans certains accès, de l'éclosion simultanée de l'épilepsie et du *délirium tremens* et de beaucoup d'autres particularités encore.

La seconde forme beaucoup plus rare, l'épilepsie habituelle des buveurs, ne s'observe que chez des individus qui se sont pendant de longues années adonnés à la boisson : quand d'autres causes ne viennent pas en hâter le développement, cette maladie ne se montre guère avant la quarantième année. Le fondement anatomo-pathologique est représenté par des altérations organiques du cerveau et tout particulièrement par l'artério-sclérose : le premier accès épileptique ne fait que rendre sensibles ces modifications irréparables. Rien d'étonnant par conséquent si la suppression de l'alcool ne suffit pas à faire disparaître l'épilepsie. Celle-ci se manifeste par des symptômes très variables suivant l'étendue et l'intensité des lésions : vertiges et attaques convulsives, état d'obnubilation et de confusion, déchéance intellectuelle progressive et psychoses chroniques. Les attaques sont en tout semblables aux attaques de petit et de grand mal de l'épilepsie essentielle, on n'observe pas d'attaques hystérisiformes. Le *délirium tremens* ne se montre jamais lors de l'apparition de ces symptômes. Jamais, ou presque jamais, on ne constate le passage de la première forme d'épilepsie alcoolique à la seconde. Dans cette seconde, dans l'épilepsie habituelle des buveurs, le rôle de l'hérédité est beaucoup moindre.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. — Bull. de méd. ment. de Bel.)

CHIRURGIE

Anévrisme poplite ; extirpation ; guérison.

Par M. MONOD (Soc. de chir.)

Le malade était un homme de soixante-cinq ans, qui portait cet anévrisme depuis un temps indéterminé. Ce dernier n'occasionnait, d'ailleurs, aucune douleur et ne s'accompagnait de troubles trophiques d'aucune sorte. Au moment où on l'opéra, il avait le volume d'un œuf de poule. Ayant appliqué la bande d'Esmarch, on fit une longue incision suivant l'axe du creux poplité. Après avoir récliné les deux nerfs, on vit que la veine adhérait à toute l'étendue de la face postérieure du sac anévrisimal ; on eut beaucoup de peine à la libé-

rer. L'anévrisme, était un anévrisme fusiforme, c'est-à-dire que l'artère pénétrait par son pôle supérieur et ressortait par son pôle inférieur. Le sac fut lié à ses deux extrémités à l'aide de fils de soie, puis réséqué. L'espace qui séparait les deux tronçons artériels était de 12 centimètres. Après enlèvement de la bande d'EsMarch, il y eut une petite hémorragie provenant des rameaux artériels voisins et qu'il fut facile d'arrêter par le pincement suivi de ligature. Le malade a guéri parfaitement.

(Indép. méd.)

Les adenopathies tuberculeuses chirurgicales.

(ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET DIAGNOSTIQUE)

Au point de vue chirurgical, les adenopathies tuberculeuses peuvent se diviser en deux groupes : l'un concerne les adenopathies inaccessibles à l'intervention opératoire (adenopathie des ganglions intra-abdominaux) ; l'autre comprend, au contraire, toutes les adenopathies justiciables de l'intervention (adenopathie des ganglions externes de l'organisme). C'est à l'étude pathogénique et diagnostique de ces dernières qu'est consacrée l'intéressante thèse de M. Bouvet.

La pathogénie de ces déterminations bacillaires mérite d'être brièvement rappelée. Elles relèvent presque toutes d'une infection du système lymphatique par le bacille de Koch. Cette infection peut avoir pour point de départ une lésion tuberculeuse de la peau ou des muqueuses, une plaie accidentelle, voire une simple érosion.

Le bacille arrive ainsi au contact des mailles du derme. Là, il est englobé par un leucocyte et entraîné par lui dans la circulation lymphatique qui l'amène au ganglion. Il peut fort bien ne laisser aucune trace caractéristique de son passage au niveau du point d'entrée et réaliser ainsi des adenopathies tuberculeuses primitives comme le démontre l'expérimentation. La fréquence des adenopathies tuberculeuses du cou s'explique par l'abondance et la richesse des voies lymphatiques afférentes, et par la fréquence des causes d'infection : faut-il rappeler que les cavités nasale, bucale et pharyngée, que les amygdales, les végétations adénoïdes, les caries dentaires offrent au bacille des portes d'entrée multiples ?

Les adenites tuberculeuses coexistent souvent avec des tuberculoses osseuses ostéo-articulaires : aussi a-t-on pu décrire une tuberculose adéno-osséuse. Le retentissement de la lésion osseuse sur le système lymphatique peut s'effectuer par l'envahissement des lymphatiques des os, ou encore par l'intermédiaire du périoste et des tissus environnants, secondairement envahis.

L'infiltration tuberculeuse, que l'on constate aux premiers stades de l'infection expérimentale, s'observe assez rarement chez l'homme. Les lésions du ganglion tuberculeux humain sont moins diffusées et la forme histologique le plus souvent rencontrée est la tuberculose miliaire. C'est de ce type primitif que dérivent les formes caséuse, suppurée, fibreuse. Le lymphome tuberculeux lui-même se rattache histologiquement à cette forme miliaire.

La propagation de l'infection tuberculeuse se fait de ganglion à ganglion avec une rapidité variable suivant les cas. Le sens de l'infection est de préférence descendant, suivant le cours de la lymphe ; parfois aussi il est ascendant. Cette infection lymphatique peut aboutir à l'infection du milieu sanguin et provoquer l'apparition d'une tuberculose généralisée : c'est toutefois là une terminaison rare. Inversement l'infection ganglionnaire n'est presque jamais d'origine sanguine, et l'on pourrait ainsi résumer tout ce chapitre de pathogénie : *L'infection ganglionnaire tuberculeuse se fait généralement par la voie lymphatique : elle reste presque toujours localisée au système des vaisseaux blancs.*

Plus important peut-être (et certes moins ardu), est le chapitre consacré au *diagnostic*. Une première question se pose d'abord : y a-t-il lieu de s'occuper du diagnostic des adenites tuberculeuses et des *adenites aiguës* ? En d'autres termes les adenites tuberculeuses peuvent-elles revêtir la forme aiguë ?

Il faut reconnaître que cette confusion ne peut être que rarement commise. Les tuberculoses ganglionnaires ne marchent jamais avec la rapidité des adenites aiguës : leur début, insidieux, indolent, apyrétique, leur marche progressive, différent singulièrement de l'évolution aiguë, fébrile et douloureuse des adenites aiguës. Celles-ci, d'ailleurs, ne succèdent-elles pas le plus souvent à une lésion infectieuse appréciable (streptococcie, diphtérie, etc.) ? Seules les adenites pesteuses peuvent apparaître d'emblée, et constituer la première et la seule manifestation externe de l'infection. Mais dans ces cas l'intensité des phénomènes généraux, l'évolution suraiguë du bubon, les caractères particuliers de l'escarre lèveront bientôt tous les doutes.

« Le diagnostic des adenopathies tuberculeuses ne saurait donc véritablement se poser qu'avec des adenites chroniques et les tumeurs des ganglions.

Les *adenites chroniques* simples peuvent être chroniques d'emblée, ou bien succéder à une poussée d'adenite aiguë.

Ce dernier cas est représenté notamment par les engorgements qui suivent les accès de *fièvre ganglionnaire*.

Le diagnostic des adenopathies tuberculeuses avec la fièvre ganglionnaire est d'autant plus difficile que, dans cette dernière, la phase aiguë préparatoire manque souvent, et que le germe tuberculeux peut venir secondairement se greffer sur une adenite banale antérieure. Il ne sera même possible que si l'on peut établir l'absence de poussées fébriles antécédentes : dans les autres cas la coexistence d'autres lésions tuberculeuses, les caractères spéciaux de la suppuration, l'envahissement secondaire de la peau par le processus tuberculeux permettront parfois de poser le diagnostic d'adenite due au bacille de Koch. Quand à l'affection rare décrite par M. Rigard en 1889 sous le nom d'adenopathie pseudo-tuberculeuse, elle semble devoir être identifiée au symptôme tuberculeux étudié par M.M. Berger et Bezançon, et, par suite, reconnaître une origine nettement bacillaire.

(à suivre).

OBSTÉTRIQUE

Lymphangite et galactophorite.

PAR M. MAYGRIER.

Considérations. — Vous savez tous combien l'infection puerpérale, si commune autrefois, est aujourd'hui devenue rare dans nos services. Si, cependant, cette redoutable affection est rare aujourd'hui, il est d'autres infections qui n'ont pas complètement disparu. Si grand en effet que soient nos efforts, si minutieuses que soit notre hygiène, il y aura toujours parmi tant de sources d'infection quelques-unes qui nous échapperont.

Le sein, chez la nouvelle accouchée, est une région qui paie un large tribut à l'infection. C'est une région exposée à toutes les invasions, depuis surtout que dans nos services toutes les mères nourrissent leur enfant. Les femmes du monde elles-mêmes, mieux protégées pourtant, ne sont pas à l'abri de ces accidents.

Quels sont donc les accidents que l'on rencontre chez la nouvelle accouchée aussi bien en ville qu'à l'hôpital ?

D'abord l'abcès du sein sur lequel je m'arrêterai peu. Il est du reste devenu une rareté depuis que l'hygiène est mieux comprise.

Toutes les théories ont été émises pour expliquer la formation de l'abcès, depuis la théorie du poil laiteux d'Aristote, jusqu'aux théories du dépôt laiteux ou du lait répandu de nos jours. En réalité, ce qui donne naissance à l'abcès, c'est la pénétration des microbes du pus dans les divers canaux du sein.

Cette invasion peut se faire par plusieurs voies. Sans compter la voie sanguine qui est la plus rare, il y en a deux autres : la voie lymphatique admise par Sappey, Nélaton, et reprise par plusieurs auteurs ; la voie des canaux galactophores qui est le vrai chemin de l'infection (Velpeau, Chassaignac, Lannelongue, Duplay, Budin). Lymphangite et galactophorite est donc des accidents infectieux pouvant donner lieu à l'abcès en l'absence de traitement.

La lymphangite est l'inflammation du réseau lymphatique du sein superficiel ou profond.

Galactophorite est un nom dû à M. le professeur Budin.

En 1889, M. Budin, dans une remarquable leçon, dit que, dans certains cas, en pressant le mamelon des nouvelles accouchées présentant de la fièvre, on pouvait faire sourdre du pus. Par une série d'observations, il conclut à l'infection des canaux galactophores, et crut à des faits nouveaux. Cependant, donné, en 1847, et surtout Chassaignac, en 1857, avaient remarqué ces faits. En 1859, ce dernier, dans son traité de la suppuration, décrivait tout au long la galactophorite et l'appelait abcès intero-mammaire canaliculaire.

Pathogénie. — Nous sommes donc en présence de deux affections inflammatoires du côté des seins. La pathogénie de ces deux affections peut se résumer en ceci : pénétration des divers microbes du pus dans les lymphatiques ou les canaux galactophores.

Comment se fait cette pénétration ? Le plus souvent, une petite lésion, crevasse, gercure des mamelons, excoriations du bout des seins constituent la porte d'entrée. D'autres fois, on ne voit rien, et ce n'est qu'à l'aide de la loupe qu'on aperçoit un petit sillon excorié par lequel se propagera l'infection.

Ces sources de contamination n'ont pas besoin d'exister pour la galactophorite. Les microbes peuvent en effet pénétrer directement dans les canaux galactophores sans qu'il y ait pour cela gercure ou érosion.

Les microbes peuvent venir de sources très différentes, en général de la mère et de son entourage.

La mère a un écoulement lochial, et les microbes des voies génitales peuvent être transportés au sein par les mains de la femme, par les infirmières, par les objets de pansement.

L'enfant lui-même est une cause de contamination constante. Il peut avoir du muguet, de la stomatite, des microbes dans la bouche. Aussi faut-il nettoyer avec soin la bouche des nouveau-nés suspects ou avoir recours aux bords des seins.

L'ophtalmie purulente peut donner lieu à l'infection, quelques gouttes de pus des yeux de l'enfant tombant sur le sein de la mère.

M. Legry a observé une galactophorite due à un abcès parotidien de l'enfant.

Tout contact de nouveau-nés infectés avec leur mère peut donc donner lieu à une lymphangite ou galactophorite.

Echapperait-on à toutes ces sources d'infection, il y en a une contre laquelle il est bien difficile de lutter : c'est l'air.

La désinfection à laquelle on soumet nos salles est vraiment illusoire. (Vapeurs de sublimé).

La véritable désinfection n'est guère obtenue qu'avec des vapeurs de soufre ou de formol.

Symptômes. — La lymphatique du sein est une affection caractéristique. Elle débute brusquement. Du 4^e au 9^e jour après l'accouchement, la femme éprouve un violent frisson, la température monte à 39°, 49°.

On pourrait croire à une infection génitale, mais la douleur du sein nous met en éveil et en examinant celui-ci on voit une plaque rouge qui part du mamelon et se dirige vers l'aisselle.

(à suivre)

GYNECOLOGIE

Traitement de l'endométrite.

M. Rouffart rapporte à 2 causes les insuccès du curettage. La 1^{re} cause, c'est que le chirurgien oublie souvent qu'il doit, au moment du curettage, soigner toutes les parties infectées et ne pas se borner à l'abrasion de la muqueuse utérine. Il faut soigner en même temps les Bartholinites, les périurétrites, les folliculites, les inflammations des glandes du col. Dans la gonorrhée, l'inflammation vaginale est d'un traitement facile ; mais toutes les localisations du gonocoque que nous venons d'indiquer sont au contraire d'une stérilisation difficile. Si ces parties malades ne sont pas soignées, il reste à côté d'une plaie vive tout ce qu'il faut pour l'infecter, et les récidives doivent fatalement se produire. Les récidives sont aussi souvent le fait du mari dont la gonorrhée guérit aussi très difficilement.

La 2^e cause des insuccès dans l'opération du curettage, c'est que les malades se lassent facilement de revenir chez le gynécologue et qu'elles ne font pas assez longtemps un traitement antiseptique. Tant que la plaie existe dans l'utérus, c'est-à-dire pendant 5 à 6 semaines, il faut faire journellement des injections avec du chlorure de zinc, du nitrate d'argent, de l'acide phénique, et c'est au prix de ces soins minutieux que l'on obtiendra la guérison. Même après les règles, qui arrivent généralement vers la 6^e semaine, il faudrait faire quelques injections chaudes. Le moment le plus favorable au curettage est 7 à 8 jours après les règles. La nouvelle menstruation vient alors environ 5 semaines après l'opération. Quand avant 5 semaines il survient des hémorrhagies, elles sont souvent dues à une petite infection et indiquent un curettage mal fait ou mal soigné.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

THERAPEUTIQUE

De l'eau oxygénée en évaporation contre la coqueluche.

Dans les 13 observations qu'il donne comme preuve de l'efficacité du nouveau traitement, M. Baroux (d'Armentières) affirme que n'importe quel cas de coqueluche peut être jugulé au bout de huit jours de traitement, quel que soit le moment de cette maladie où la thérapeutique lui est appliquée.

La coqueluche aime une atmosphère pure et souvent renouvelée. D'autre part, l'eau oxygénée, évaporée dans un air vicié et confiné, oxyde en pure perte dans cette ambiance toute espèce d'émanations et de microbes : elle arrive ainsi très anémiée dans les voies respiratoires. Aussi l'auteur, pour retirer de son procédé le summum d'efficacité, conseille, quand la chose est possible, d'avoir deux salles cubant de 60 à 75 mètres, une pour le jour, une pour la nuit.

L'eau oxygénée doit être à 12 volumes, conservée dans des litres et non dans des touries. Il faut l'employer sans aucun mélange d'eau, en versant avec une petite mesure d'étain ou de verre, alternativement, 80 grammes toutes les quatre heures, sur deux linges

de vieille toile blanchie, d'un mètre carré de surface, pliée en plusieurs doubles et placée dans une assiette bien creuse, pour ne rien perdre du liquide.

Il faut placer ces deux linges autant que possible sur une corde traversant l'appartement dans son milieu.

A titre d'adjuvant inoffensif et toujours calmant, M. Baroux emploie le mélange suivant :

Teinture de drosera.....	2 grammes.
— belladone.....	3 —
— d'aconit.....	4 —

à la dose de quelques gouttes par jour s'il s'agit d'un enfant et de 90 gouttes pour un adulte.

Dans l'emploi du procédé il n'y aura aucun danger pour le patient, et pour l'entourage aucune gêne puisque l'eau oxygénée ne répand qu'une odeur très légèrement empyreumatique et à peine sensible.

A son efficacité l'eau oxygénée ajoute un autre avantage, c'est son bon marché relatif : 4 litres d'eau oxygénée et le calmant compris sont livrés d'ordinaire par le pharmacien au prix de 19 francs

(Gaz. des hôp. et Lyon méd.)

Traitement de l'insuffisance rénale.

Pour suppléer au défaut d'émonction par le rein, on doit d'une part prévenir par le régime l'encombrement de l'organisme par les ptomaines et d'autre part favoriser l'élimination des substances toxiques.

I. RÉGIME. — Il consiste dans l'usage du lait sous toutes les formes, des aliments végétaux ou des œufs et dans la prohibition absolue des viandes (H. Huchard), des poissons, des potages gras et du bouillon.

II. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX. — Il a pour objet d'augmenter la sécrétion rénale, l'élimination par l'intestin et le fonctionnement de la peau.

1° Pour accroître la sécrétion rénale, on peut prescrire les préparations de scille et de caféine à l'intérieur ou bien cette dernière par la voie hypodermique.

2° Parmi les moyens d'augmenter les sécrétions intestinales, M. H. Huchard conseille d'administrer le soir, dans un verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre purgative suivante :

Follicule de séné lavé à l'alcool et pulvérisé.....	} à 6 grammes.
Soufre sublimé.....	
Fenouil pulvérisé.....	} à 2 grammes.
Anis étoilé pulvérisé.....	
Crème de tartre pulvérisée.....	2 —
Régliasse pulvérisée.....	2 —
Sucre pulvérisé.....	25 —

Ou bien encore :

Magnésie calcinée.....	} à 18 grammes.
Fleur de soufre.....	

M. s. a. et diviser en vingt cachets semblables.

Prendre chaque jour un de ces cachets.

3° Pour stimuler la peau, les frictions cutanées ; on emploiera en premier lieu les frictions sèches ou alcooliques et les bains de vapeur, puis le jabrandi en infusion.

(J. de méd. de Paris).

PÉDIATRIE

Le tabes chez les enfants.

L'ataxie locomotrice s'observe très rarement dans l'enfance ; aussi chaque nouveau cas nous semble t il mériter l'attention.

M. Dininsky en a observé un dans le service du professeur Chascherback, chez un garçon de huit ans. Sans aucun antécédent morbide personnel, cet enfant commença à présenter, à l'âge de cinq ans, de l'incontinence d'urine nocturne et diurne. Pendant trois ans, ce fut le seul symptôme de la maladie, l'enfant se développant bien physiquement et cérébralement. Il y a quelques mois survinrent des douleurs et la faiblesse des membres inférieurs qui décidèrent les parents à consulter.

A l'examen du petit malade, on constate les symptômes suivants : abolition complète des réflexes rotuliens, pas de phénomène du pied, ni de réflexes du tendon d'Achille, réflexe abdominal vif. Hypotonie des muscles et légère anesthésie tactile et douloureuse aux membres inférieurs. Signe de Romberg, quoique peu marqué. Inégalité pupillaire et signe d'Argyll Robertson, surtout prononcé à droite. Pas de nystagmus, ni de troubles de la parole, ni d'ataxie des membres.

Les troubles vésicaux consistent en une incontinence par régurgitation qui est très variable d'intensité et disparaît parfois durant des semaines pour reparaitre ensuite ; par moment, cette incontinence fait place à la difficulté d'uriner.

Il faut enfin signaler des douleurs térébrantes aux membres inférieurs que le malade localise à la peau, des paresthésies, des vomissements.

Cet enfant est fils d'un syphilitique qui commence à présenter également des troubles tabétiques.

Le rôle étiologique de l'hérédosyphilis semble donc incontestable dans l'écllosion du tabes chez l'enfant, et c'est bien de l'ataxie locomotrice et non un cas de maladie de Friedreich ; car l'ataxie, le nystagmus et les troubles de la parole, caractéristiques pour cette dernière faisaient défaut, et par contre il y avait des symptômes qu'on n'observe pas dans l'ataxie héréditaire. Or il n'existe jusqu'ici que sept cas authentiques de tabes vrai chez l'enfant : trois décrits par Romak, un par Strumpell, deux par Mendel et un par Bloch.

Dans presque tous ces cas, les troubles vésicaux prédominaient, de même que l'atrophie du nerf optique ; par contre l'ataxie faisait défaut ou existait à peine. Tous les malades étaient des hérédosyphilitiques.

(Revue russe de psychiatrie, — Gaz. des hôp.)

XIII^{ME} CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE

Paris 2-9 Aout 1900.

La profession médicale est convoquée au congrès international. Elle tiendra ses grandes assises à Paris du 2 au 9 août prochain. On peut compter qu'il y aura là plus de six mille médecins venus de tous les points du monde civilisé.

Ce congrès sera peut-être l'unique occasion que nous aurons d'entendre les maîtres aimés de notre profession. Nommons entre autres : —

Brouardel, Boucharl, Brissand, Bucquoy, Budin, Calmette, Champetier de Ribes, Chantemesse, Couby, Cornil, Debierre, Debove, Dieulafoy, Duclaux, Dujardin Beaumetz, Duplay, Fournier, Gauthier, Grasset, Grancher, Guyon, Hallopeau, Hutinel, Jaccoud, Joffroy, Kirmisson, L'Abbé (L.), Laborde, LeDentu, Lermoyez, Loir, Moynon (Paris), Mitchnikoff, Massé (Lyon), Matet, Netter,

Ollier, Pinard, Poirier, Pozzi, Raymond, Richet, Roux, Segond, Spillman, Tessier (Lyon), Terrier, Tillaux, etc., etc.

Déjà plus de soixante médecins canadiens sont partis pour l'Europe avec la ferme proposition d'assister au congrès. Nous ne doutons pas que plus de cent-cinquante partiront d'ici au 20 juillet.

Les officiers du comité national du Canada seront choisis parmi ceux qui seront présents aux séances du congrès.

Les conditions d'admission sont :

1° De remplir un blanc d'adhésion.

2° De solder la somme de 25 francs, soit \$5.00, à verser entre les mains de M. le Dr J. T. Loranger, secrétaire, n° 999 rue St-Denis, Montréal.

CIRCULAIRE AUX COMITÉS NATIONAUX POUR LE XIII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE.

L'Entreprise des Voyages Pratiques, *Siège Central à Paris* : 9 rue de Rome (en face la Gare Saint-Lazare) qui a déjà assuré l'organisation matérielle des principaux Congrès qui se sont tenus à Rome, Budapest, Moscou, Madrid, etc., etc., offre aux Comités Nationaux et aux Membres du XIII^e Congrès International de Médecine, ainsi qu'à leurs familles, les facilités suivantes destinées à leur enlever les soucis et aléas, tant pour leur voyage que pour leur séjour à Paris.

BUREAU DE RENSEIGNEMENTS : 9 rue de Rome, Paris, fournira gratuitement et par retour du courrier, aux Comités Nationaux et à tous les Membres du Congrès régulièrement inscrits, tous les renseignements qui pourront leur être utiles et agréables, principalement sur : 1° les prix de transports individuels, de famille ou en groupe ; 2° les Voyages circulaires et Excursions en Europe ; 3° les prix des hôtels dans toutes les principales villes ; 4° les prix de séjour à Paris.

SERVICE D'INTERPRÈTES. — Tous les Membres du Congrès à leur arrivée en France et à Paris, aux gares, ainsi qu'à la Permanence du Congrès trouveront les Interprètes des Voyages Pratiques auxquels ils pourront s'adresser pour tout ce qui leur sera utile.

Il sera adressé ultérieurement une circulaire donnant l'indication de tous les Bureaux des Voyages Pratiques où les Congressistes pourront trouver les billets à prix réduits et au besoin leur carte de réduction en France.

LOGEMENT A PARIS. — L'entreprise des Voyages Pratiques est à même d'assurer aux Congressistes le séjour à Paris pour la période du Congrès du 2 au 9 août 1900, à charge d'en faire la demande un mois à l'avance, aux prix suivants :

A. — A tous les Congressistes à partir de 6 fr. 50 par jour et par personne.

B. — Pour un certain nombre ; (2000 personnes) le logement à 5 fr. 50 par jour et par personne.

(1000 personnes) le logement 4 fr. par jour par personne.

(500 ") en dortoirs 3 fr. 50 et 3 fr. "

dans les quartiers en contact avec le siège du Congrès ou autre au gré de chacun.

C. — De petits appartements meublés comprenant 3 pièces et plus à partir de 280 fr. par mois.

Un grand nombre de petits hôtels particuliers pourront être aménagés pour recevoir les personnes en famille qui séjourneront un certain temps à Paris.

SERVICE D'OMNIBUS ET DE BAGAGES. — Tous les Congressistes qui voudront se délivrer du souci de leurs bagages (dédouanement, manutention, transport) à leur arrivée en France, n'auront qu'à s'adresser pour cela aux agents des Voyages Pratiques. — Pour trouver un omnibus de famille à la gare d'arrivée à Paris, il suffit d'aviser les Voyages Pratiques de l'heure d'arrivée, et remettre aux

Agents de l'Entreprise dans les gares de Paris, la bulletin d'enregistrement des bagages.

VISITE DE PARIS ET DES ENVIRONS. — Des promenades en mail-coach, breaks, voitures, seront organisées pour la commodité de la visite de Paris, certaines de ces visites seront probablement dirigées par un Archéologue.

Des excursions en chemins de fer, en bateau, en voitures seront spécialement réservées aux Membres du congrès et leurs familles pour la visite des environs de Paris, en particulier l'excursion classique au Château de Versailles, sera exécutée d'une façon toute nouvelle (demander la circulaire spéciale.)

PASSE-PORTS. — Les Voyages Pratiques se chargeront des visas des passe-ports et autres formalités, sous simple remboursement des dépenses occasionnées, plus de francs pour frais.

AVIS IMPOTRANT. — D'une façon générale on peut donc en s'adressant à M. Junot, directeur des Voyages Pratiques, Siège Central à Paris : 9 rue de Rome (en ajoutant un timbre pour réponse) obtenir gratuitement tous les renseignements que l'on désire et s'assurer ainsi d'être assisté en toutes occasions sans être à la merci de prétentions exagérées.

Adresse télégraphique : Buenos-Paris. Téléphone : n° 280-99. Banquiers : Société Générale (A. P.), Crédit Lyonnais (R).

M. le Dr Beausoleil,

Président, section canadienne.

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous faire savoir que, par suite d'un arrangement conclu avec le Commissariat Général de l'Exposition Universelle, les membres du XIII^e Congrès International de Médecine auront, pendant la durée de la Session (du 2 au 9 août) droit à l'entrée gratuite à l'Exposition. Il leur sera pour cela délivré dans nos Bureaux à l'ouverture du Congrès une carte spéciale.

Comme cette disposition est intéressante à connaître pour vos nationaux, je vous serais reconnaissant de lui faire donner par les Journaux de votre Pays toute la publicité nécessaire.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère l'expression de mes sentiments les plus distingués et dévoués.

Le Secrétaire Général du Congrès.

A. CHAUFFARD.

21 rue de l'Ecole de Médecine, Paris, France.

NOUVELLES.

L'UNION MÉDICALE

Nous apprenons que "l'Union Médical" et "La revue général d'hygiène et de pharmacie, etc.", se sont fusionnées. M. de Werthener sera le nouvel administrateur de "l'Union Médicale," et les membres du Comité d'Etudes contrôleront la rédaction.

Succès à notre confrère.

Nous sommes heureux d'apprendre que M. le docteur Catellier, de Québec, est complètement rétabli d'une attaque de grippe.

A Québec, lundi, le 21 courant, notre ami, M. le docteur Eudore Gauthier a épousé mademoiselle Roanina Morin, fille de M. F. X. Morin.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Les maladies infectieuses, Blennorrhagie — Coq-à-l'âne médicaux.....	377
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Contribution au diagnostic et au traitement du pneumothorax — Angine de Vincent.....	379
CHIRURGIE : Les adénopathes tuberculeuses chirurgicales.....	379
OBSTÉTRIQUE : Lymphangite et galactophorite — La tuberculose dans ses relations avec la grossesse et les suites de couches.....	380
THERAPEUTIQUE : Contre-indications de la digitale.....	381
MALADIES NERVEUSES : La circulation de la lymphe dans la moëlle épinière — Hospitalisation des alcoolisés — Purpura hystérique spontané.....	382
MALADIES VENERIENNES : Caractères généraux du chancre syphilitique.....	383
PÉDIATRIE : Le collodion à l'ichthyoï contre les taches vasculaires des nourrissons.....	383
QUESTIONS ET REPONSES.....	384
BIBLIOGRAPHIE.....	384
NECROLOGIE.....	384
NOUVELLES.....	384

Travaux Originaux

Les maladies infectieuses.

BLENNORRHAGIE.

(Suite)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Comme nous l'avons déjà dit, les uréthrites non gonococciques véritables sont rares.

L'orchiocoque est ordinairement l'agent de ces inflammations uréthrales, dont l'intensité et la durée sont de beaucoup moindres que celles de l'uréthrite blennorrhagique. Ce microorganisme vit à l'état de parasite dans l'urèthre normal, et, sous des causes diverses, peut devenir pathogène. Sa forme ressemble à celle du gonocoque, et se laisse également décolorer par le Gram. Sa présence, presque constante, dans tout écoulement uréthral prète à de nombreuses erreurs ; cependant, par le moyen de la récoloration qui est plus vive chez le gonocoque, et par la culture sur divers milieux qui est plus active chez l'orchiocoque, et surtout par le rapprochement des symptômes cliniques avec les données bactériologiques, on peut arriver à différencier ces deux microbes.

En présence de tout écoulement de l'urèthre, on doit se demander si cette sécrétion purulente n'est pas produite par un chancre du canal, par des vésicules d'herpès ou par une balano-posthite.

Chez la femme, le diagnostic est beaucoup plus difficile que chez l'homme, parce que les organes génitaux sont souvent le siège d'inflammations plus ou moins intenses, produisant d'abondantes sécrétions muco-purulentes. Aussi un praticien doit-il toujours soumettre à l'examen bactériologique toute sécrétion purulente provenant des organes génitaux de la femme ; il y découvrira sans peine la cause spécifique de ces vaginites, de ces métrites, de ces salpingites,

qui sont si rebelles à bien des méthodes de traitement, faute d'en connaître l'origine gonococcique.

Dans le cas de blennorrhagie chronique, on peut parfois confondre l'écoulement uréthral avec celui produit par l'orchite tuberculeuse et par la tuberculose prostatique, mais l'exploration des testicules et de la prostate permettra de reconnaître la véritable nature de cet écoulement.

Dans les formes aiguës de la blennorrhagie, avant d'avoir recours aux lavages, il faut toujours rechercher le gonocoque dans la sécrétion purulente provenant de l'urèthre antérieur : dans les formes chroniques, il faut de plus examiner l'urèthre postérieur.

Cet examen bactériologique sera répété plusieurs fois, avant d'en venir à une conclusion définitive ; ceci est un point essentiel.

RECHERCHE

En face de tout écoulement uréthral, comme nous l'avons dit précédemment, il faut de toute nécessité recourir aux méthodes bactériologiques qui sont, dans la recherche du gonocoque, à la portée de tous les praticiens.

(a) Examen bactériologique.

On recueille au méat urinaire une goutte de pus qu'on étend en une couche très mince sur une lame. Aussitôt que la préparation est sèche, on y répand de l'éosine, solution colorante qu'on laisse deux minutes au plus ; on lave à grande eau et on colore de nouveau la pièce avec du bleu de méthylène (de Loeffler). Une minute après, on lave la préparation et on la laisse sécher. Ce résultat obtenu, on porte la lame sous le microscope, en ayant soin d'y mettre une ou deux gouttes d'huile de cèdre. Le gonocoque se reconnaît à sa coloration bleue, à son groupement par deux ou par quatre, à sa situation dans les éléments cellulaires, et à sa forme rénale.

S'il y a doute, on prépare une nouvelle pièce qu'on colore avec le bleu de Loeffler ou du violet de gentiane et on la soumet pendant près de trois minutes à l'action décolorante de la solution iodo-ioduré (méthode Gram) durant 2 à 4 minutes. Le gonocoque se décolore facilement. Après lavage de la préparation dans de l'alcool absolu, on recoloré avec du bleu de Loeffler, et l'on constate que le diplocoque de la blennorrhagie se recoloré très vivement, tandis que les autres microorganismes prennent une teinte bleue moins prononcée.

Chez la femme, on recueillera le pus avec une anse de platine, stérilisée préalablement à la flamme d'une bougie.

Dans la double coloration des cellules et des microbes, obtenue par l'emploi du bleu de méthylène et de l'éosine, les cellules apparaissent en rose pâle et les agents microscopiques en bleu plus ou moins intense.

Dans la récoloration, on peut employer indifféremment le bleu de méthylène ou la résuvire. Avec cette substance colorante, si l'on a primitivement employé du violet de gentiane, le gonocoque apparaît en brun foncé, les cellules en brun clair, et les autres microbes en violet.

Si l'on veut chercher à différencier le gonocoque des autres diplocoques de la même préparation, on doit alors employer la métho-

de de Legrain qui consiste à colorer la pièce avec la solution d'Erllich, et, après lavage, à la soumettre à l'action du Lugol. *L'alcool décolore ensuite d'abord les cellules, puis les noyaux des globules et des cellules puis les gonocoques et en dernier lieu seulement les autres bactéries et les faux gonocoques.* (Trouessart).

En résumé ; l'examen bactériologique du gonocoque consiste en trois procédés principaux :

- 1° La coloration (violet de gentiane, bleu de méthylène, solution d'Erllich.)
- 2° La décoloration (solution iodo-iodurée). (1)
- 3° La récoloration (bleu de méthylène, vésuvine, etc.

(b) *Ensemencement.*

Dans la recherche du gonocoque, il n'est pas nécessaire de recourir à la culture, car l'examen bactériologique donne toute l'exactitude possible et permet de prononcer un diagnostic précis ; mais quelquefois, il peut y avoir doute, et alors, il faut de toute nécessité recourir à l'ensemencement.

Les meilleurs milieux, qui ont été proposés pour le développement expérimental du gonocoque, sont la *gélatine acide de Torro* (*gélatine ordinaire non alcalinisée*), la *gélose*, le *bouillon stérilisé*.

Le gonocoque ne se cultive pas facilement, et quand il se développe, ses colonies sont peu abondantes. Les autres diplocoques, au contraire, possèdent une grande vitalité et s'accroissent très rapidement.

La *gélatine de Torro* permet de reconnaître le gonocoque, vu que les autres diplocoques ne peuvent s'y développer.

Sur *gélose* à 33°, après vingt heures, " la goutte de pus déposée à la surface du milieu nutritif est devenue une masse peu consistante, friable ; les gonocoques continuent donc leur développement au sein des éléments du pus pendant les premières heures. Ces derniers disparaissent, la colonie s'étend sur la *gélose*, en donnant à la trentième heure une auréole mince, claire, transparente, régulière qui s'élargit de plus en plus et atteint 3 à 4 millimètres de diamètre à la fin du troisième jour. L'aspect de la culture est vernissée, luisant et plutôt sec qu'humide. Plus tard, autour du cercle primitif, se développent des cercles secondaires beaucoup plus petits. La préparation peut aller jusqu'à acquérir 3 centimètres de diamètre." (Delefosse).

Sur *sérum*, le gonocoque se développe mieux que sur les autres milieux. Wertheim utilise le *sérum* humain recueilli dans le placenta.

Placées à l'étuve, sous une température de 33° à 37° C, les cultures présentent, au bout de quelques heures, de nombreuses colonies, sous forme de saillies nettement tranchées, à surface brillante.

Le *bouillon stérilisé* sert à différencier le gonocoque de l'orchio-coque qui trouble le bouillon au bout de vingt-quatre heures, tandis que le gonocoque ne produit ce résultat que trente heures après l'ensemencement.

Pour obtenir des cultures pures, il faut se servir du pus provenant d'une blennorrhagie commençante ; après trois semaines, de

(1) Formule de la solution iodo-iodurée de Gram ;

Iode.....	1 gramme.
Iodure de potassium.....	2 grammes.
Eau distillée.....	300 grammes.

nombreux microbes se développent en même temps que le gonocoque, et rendent l'examen de la culture tout-à-fait nul.

Suivant M. de Christmas, " l'ensemencement du gonocoque en milieu liquide, composé de 1 partie de sérum d'ascite pour 3 parties de bouillon peptonisé et 1 pour 1000 de glucose, permet d'obtenir un développement vigoureux de ce microbe. Les cultures restent en vie de huit à dix jours, et il se forme des produits toxiques, qui se retrouvent en partie dans les corps des gonocoques morts, en partie dans le milieu de culture, d'où on peut les extraire soit en précipitant la culture avec l'alcool (la toxine est alors précipitée en même temps que l'albumine), soit en évaporant la culture en présence de la glycérine à basse température."

M. Steinschneider a proposé l'agar-jaune d'œuf comme milieu de culture pour le gonocoque. Si l'on ensemence ce milieu avec une culture pure, et qu'on l'expose à une température de 37°, il donne, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, de nombreuses colonies de gonocoques. (1)

Le docteur Adriani, de Naples, emploie un nouveau milieu, composé d'agar-pepto-glycérine et d'urine acide. Il prétend avoir obtenu de bons résultats.

(c) *Inoculations.*

Ce procédé, n'est usité que dans les laboratoires et par conséquent n'est pas d'une grande utilité dans la recherche du gonocoque, au point de vue du diagnostic.

Expérimentalement, la toxine gonococcique, obtenue par la culture, produit chez les animaux auxquels elle est injectée, à peu près les mêmes phénomènes que produirait une inoculation faite avec du pus gonorrhéique.

Le lapin, le cobaye et la chèvre sont les animaux qui répondent le mieux à ces injections expérimentales de toxine gonococcique.

On peut produire, chez ces animaux, un certain degré d'immunité, en leur injectant pendant un temps plus ou moins long plusieurs litres de toxines. Par une accoutumance graduelle à cette toxine, leur sérum parvient à neutraliser les propriétés phlogogènes de la toxine gonococcique.

(à suivre)

Coq-à-l'âne médicaux.

La variole et son traitement spécifique. — Maintenant que nous avons des cas sous la main c'est le temps de mettre à l'épreuve le traitement spécifique si simple du docteur T. C. Osborne, du Texas. Ce traitement aurait donné des résultats surprenants au dire des docteurs Slont, Ribb Lorony, Pearsons, Cass et autres, au Texas et au Mexique. Il s'agit tout simplement de faire éponger toute la

(1) M. Steinschneider prépare ce milieu de la manière suivante ;

Un jaune d'œuf de poule est additionné de trois fois son volume d'eau stérilisée. De ce mélange, préalablement agité avec énergie, on prend 20 grammes, qu'on additionne de 10 grammes d'une solution de biphosphate de soude à 20 pour 100, et de 90 grammes d'agar, à 2 1-2 ou 3 pour 100. On verse le mélange dans des tubes, et on le laisse se solidifier.

surface du corps — évitant les muqueuses — avec une solution concentrée aqueuse de sublimé, 1 x 500, ou même 10‰. Les muqueuses (yeux, nez, oreilles, bouches, pharynx) sont attaqués par une solution pure de peroxyde d'hydrogène ou une solution saturée d'acide borique, au moyen d'un pulvérisateur. Ce traitement est répété toutes les 3 ou 4 heures. Les conclusions en sont :— 1° Que le bichlorure ainsi employé constitue le traitement rationnel de la variole ; 2° il empêche la démangeaison, les mauvaises odeurs, la pustulation, les abcès et les cicatrices ; 3° il diminue énormément la souffrance et la léthalité ; 4° il détruit les germes dans les vésicules et rend ainsi la contagion moins à craindre.

Essayons-le, c'est facile, c'est le temps.

L'huile d'olives dans la dilatation de l'estomac. — Chez les dilatés qui souffrent quelques heures après les repas, Cohnheim utilise l'huile d'olive, dont il introduit, environ 250 cc. dans l'estomac par le tube de Faucher, après un gavage, une fois par jour. (*Gaz. des hôp.*)

L'automicrosthésie. — Voilà un nouveau symptôme forgé par Blach pour caractériser une perversion du tact qui faisait à une malade toutes les parties de son corps plus petites ; elle se plaignait de maigrir et il n'en était rien. Le terme microsthésie est une perversion du tact qui fait trouver tous les objets plus petits et moins lourds.

Le point douloureux de Reynier. — Reynier vient de signaler comme symptomatique de ptose du gros intestin un point douloureux caractéristique dans l'hypochondre gauche, au niveau des fausses côtes, répondant au niveau de la taille, à l'angle que forme le côlon transverse avec le côlon descendant. La douleur disparaît au lit et par l'émission de gaz : elle revient, le malade levé, surtout à la fin de la journée. La pression est douloureuse, et oblige l'homme à lâcher ses bretelles, la femme de dégrafer son corset. Ce n'est pas un point de névralgie intercostale, et Reynier le donne comme survenant chez des dilatés de l'estomac et des ptosiques. Il faut alors traiter la dilatation et la constipation — Le massage agit bien. (*J. de méd. de Paris.*)

NIRE.

Revue des journaux

MÉDECINE

Contribution au diagnostic et au traitement du pneumothorax.

M. Schabad étudie principalement l'application de la radiographie et de la radioscopie au diagnostic des cas difficiles de pneumothorax, et il arrive à cette conclusion que le nouveau mode d'exploration peut être de grande utilité dans certains cas de cette affection.

Le tableau radioscopique qu'on obtient est si caractéristique qu'il permet à lui seul de poser le diagnostic d'un pneumothorax. La région gazeuse qui se trouve au-dessus de la zone liquide, donne sur l'écran une image très claire ; l'exsudat forme une zone obscure,

à la ligne de démarcation horizontale nette et du même niveau en avant comme en arrière. L'ombre s'abaisse pendant l'expiration et s'élève pendant l'inspiration. Enfin la limite supérieure de l'ombre présente des mouvements ondulatoires en rapport avec les mouvements respiratoires et les battements cardiaques ; le changement de position du malade et la toux déplacent le niveau de l'ombre.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur s'est bien trouvé dans certains cas, du mode de traitement préconisé par Lavachov dans la pleurésie. Ce procédé consiste dans des lavages de la plèvre débarrassée de son contenu, avec du sérum physiologique ; les lavages sont répétés tous les 3-5-8 jours, tant qu'il n'y a pas d'amélioration.

(*Med. Oloz. — G. des hôp.*)

Angine de Vincent.

(Soc. nat. de méd. de Lyon.)

M. Raymond Bernard, répétiteur à l'École de santé militaire, présente un dragon atteint de stomatite ulcéro-membraneuse. Le malade a été envoyé à l'hôpital avec le diagnostic : angine de Vincent, par le médecin-major de son régiment, M. Auger, qui a eu l'occasion d'observer récemment une série quasi-épidémique de cas analogues.

On trouve, en effet, une culture presque pure de bacilles fusiformes et de spirilles dans la pulpe qui couvre les lésions constatées chez cet homme :

1° Des érosions qui forment un liséré gingival saignant et facilement saignant, en particulier au voisinage des incisives.

2° Une ulcère anfractueux, à bords irréguliers, tapissé d'un enduit crémeux creusant la joue droite à hauteur et en avant de la dernière molaire. Cet ulcère s'étend sur la gencive autour de cette dent ; il donne à la région le même aspect que les accidents vulgaires de la dent de sagesse.

La coexistence chez le même sujet de la gingivite et de l'ulcère justifie l'assimilation qu'on a faite entre ces deux formes d'une même maladie.

Cette stomatite date de trois ou quatre semaines ; elle a résisté aux traitements usuels, mais elle paraît en régression spontanée depuis quelques jours. Elle est apyrétique et gêne peu le malade.

M. Bernard montre une préparation de spirilles et de bacilles en navette, sans parler de leur biologie qui est en ce moment l'objet d'études intéressantes de la part de MM. Nélot et Marotte.

(*Lyon médical.*)

CHIRURGIE

Les adénopathies tuberculeuses chirurgicales.

(ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET DIAGNOSTIQUE)

(Suite)

L'adénopathie syphilitique est ordinairement facile à différencier de l'adénopathie tuberculeuse. Ce n'est que dans des cas rares que l'on peut observer des phénomènes complexes, de véritables associations de syphilis et de tuberculose où il devient très difficile de faire la part de chaque infection.

Les *adénopathies épithéliomateuses* ont pour caractères distinctifs d'être ordinairement unilatérales, de présenter une consistance dure, ligneuse, de provoquer presque toujours des phénomènes de compression ; elles accompagnent, enfin, un néoplasme souvent évident. Aussi leur diagnostic sera-t-il généralement aisé.

Il n'en va pas de même des *tumeurs primitives des ganglions*, qui ont donné lieu à tant de discussions passionnées. M. Bouvet, conformément à l'opinion classique, les range en trois groupes distincts, lymphadénie aleucémique, lymphadénie leucémique, sarcome primitif des ganglions. De ces tumeurs celles du premier groupe surtout peuvent, à toutes les périodes, revêtir l'expression clinique des adénopathies tuberculeuses. L'identité symptomatique est même parfois si parfaite que l'on s'est demandé s'il ne s'agissait pas, dans ces cas, de lymphadénomes vrais secondairement infectés par le bacille de Koch. Cette hypothèse, combattue par MM. Sabrazès et Duclion au nom de l'antagonisme de la tuberculose et des tumeurs malignes, est actuellement acceptée par bon nombre d'auteurs."

La réciproque est-elle exacte ? en d'autres termes un néoplasme peut-il envahir un ganglion tuberculeux ? " La chose ne paraît pas impossible a priori, et une observation très curieuse nous semble venir à l'appui de cette opinion. Il s'agirait d'une transformation sarcomateuse d'une masse ganglionnaire déjà opérée comme adénopathie tuberculeuse et récidivée."

Le sarcome primitif des ganglions est une affection rare, extrêmement maligne ; il offre en général des caractères cliniques assez nets : tels sont l'augmentation rapide de volume de la tumeur, l'existence de douleurs et des troubles de compression, la formation précoce d'adhérences, la généralisation du néoplasme.

En somme, il est bien souvent impossible de différencier les adénopathies tuberculeuses des tumeurs primitives des ganglions ; un seul symptôme pourrait entraîner la conviction en faveur d'une lymphadénie, la constatation d'une leucémie à forme mononucléaire, avec présence d'éosinophiles en excès, de mastzellen et d'éléments anormaux. Quant aux lymphadénomes aleucémiques, seul l'examen histologique et bactériologique, suivi de l'inoculation, peut établir le diagnostic, et encore y a-t-il d'importantes réserves à faire sur la valeur diagnostique absolue de chacun de ces procédés.

L'examen histologique ne vaut que s'il est nettement positif. Mais l'examen histologique négatif ne doit pas toujours faire conclure à l'absence du bacille de Koch, car l'inoculation au cobaye donnera parfois alors un résultat positif. Les mêmes réserves sont encore applicables aux résultats fournis par l'examen bactériologique, et par l'inoculation au cobaye. Il est en effet permis de penser, actuellement, que certaines tuberculoses atténuées peuvent n'être pas décelées par l'inoculation au cobaye. Tel paraît être, en particulier le cas du lymphome tuberculeux. L'inoculation ne saurait donc être considérée comme un moyen de diagnostic d'une absolue sûreté lorsqu'elle aboutit à un résultat négatif.

Il faut enfin signaler un autre moyen de diagnostic encore peu connu. L'agglutination du bacille de Koch a été constatée dans tous les cas de tuberculose, par MM. Arloing et Courmont ; mais il ne faut pas oublier que cette agglutination est souvent assez faible dans les tuberculoses chirurgicales, et qu'elle existerait assez souvent chez des individus cliniquement non tuberculeux. Ces deux remarques diminuent dans une certaine mesure la valeur de ce dernier procédé.

(Gaz. des hôpitaux.)

OBSTÉTRIQUE

Lymphangite et galactophorite.

Par M. MAYGRIER.

(Suite)

Donc frisson, fièvre, plaque de lymphangite : tels sont les trois caractères qui définissent la lymphangite.

Le lendemain la température tombe, tout rentre dans l'ordre, sauf complications.

Le début de la galactophorite est plus insidieux. La température monte progressivement, par à coups ; quelquefois on observe une légère douleur dans le sein, quelquefois rien. D'autres fois la fièvre est nulle, et la douleur du sein est le seul indice qui nous mette sur la voie du diagnostic.

C'est dans ce cas que l'examen du sein est utile. Il faut presser sur la base du mamelon et on fait sourdre le pus des canaux. Il se reconnaît à sa couleur grise ou verte au milieu du lait ; sa quantité peut varier de quelques gouttes à plusieurs cuillerées.

Traitée à temps et énergiquement, la galactophorite dure 3 ou 4 jours. Abandonnée à elle-même, elle peut se terminer spontanément mais peut bien être aussi le point de départ d'un abcès mammaire.

Après 3 ou 4 jours de guérison apparente, il peut survenir une nouvelle ascension de la température. En général, cette nouvelle poussée coïncide avec l'envahissement du sein opposé.

Il peut également y avoir coïncidence de lymphangite et de galactophorite ; le tracé de la température est alors un mélange des deux tracés précédents.

Pronostic. — Il faut le faire pour la mère et l'enfant. Abandonnées à elles-mêmes, ces deux affections non diagnostiquées et par suite non traitées peuvent être le point de départ de ces énormes abcès qu'on voyait autrefois, et qui convertissent le sein en une vraie éponge de pus. Du côté de l'enfant, le pronostic est sérieux. Il est exposé, en effet, à avaler du lait contaminé de microbes. Sa peau est en contact avec le pus s'échappant du sein de la mère.

Ainsi surviennent des stomatites, des abcès rétro-pharyngiens, des dyspepsies, des accidents gastro-intestinaux, du choléra infantile, des abcès sous-cutanés multiples, de l'otite moyenne, qui ne reconnaissent pour cause qu'une lymphangite ou une galactophorite de la mère.

Masé rapporte un cas curieux d'enfant infecté par la mère. Malgré une simple lymphangite, cette dernière continua à allaiter son enfant. L'enfant maigrit, dormit peu ou point, il eut des selles vertes, un aspect souffreteux, de l'agitation et des convulsions ; sa température s'éleva et il succomba après deux ou trois jours. A l'autopsie, on trouva du pus dans les ganglions mésentériques, dans les veines mésentériques, des abcès métastatiques des centres nerveux qui avaient donné lieu aux convulsions.

A plus forte raison le contact du pus avec les régions externes peut-il amener de l'otite externe, des abcès sous-maxillaires, de la conjonctivite simple ou purulente, des pustules d'ecthyma ou du muguet.

Quelquefois il arrive que des nouveau-nés présentent une fluxion mammaire. En pressant le sein de ces enfants on peut faire sourdre du lait. Ce sein est donc apte à l'infection. Aussi en 1894 avons-nous observé un cas de galactophorite du nouveau-né consécutive à une galactophorite de la mère. Mais le cas contraire peut exister, et l'enfant présenter de la galactophorite sans que la mère ait présenté le moindre symptôme d'infection.

Traitement. — Le traitement doit être surtout un traitement prophylactique. On doit protéger le sein contre toutes les atteintes

extérieures par des compresses stérilisées trempées dans une solution d'acide borique ou dans de l'eau alcoolisée.

Ces compresses doivent être renouvelées très souvent, on évite ainsi l'infection dans une certaine mesure ; mais il n'arrive pas toujours qu'on évite les gergures et les crevasses qui sont une menace constante d'infection.

Les moyens pour éviter les crevasses et gergures son innombrables ; je n'en citerai qu'un qui donne de bons résultats. Il consiste à appliquer sur le sein quelques gouttes de teinture alcoolique d'orthoforme qui agit comme sédatif et cicatrisant.

Si le nouveau-né présente des infections de la bouche, il faut recourir au bout du sein, s'il a de l'ophtalmie, on couvre son œil au moment des tétés.

Si malgré ce traitement prophylactique institué avec rigueur, la femme présente de la lymphangite ou de la galactophorite, il faut supprimer l'allaitement.

Le diagnostic étant fait, dans la lymphangite on a recours aux compresses chaudes, aux pulvérisations d'eau boriquée ; dans la galactophorite on fera l'expression du sein matin et soir. A la rigueur on aura recours au chloroforme, car cette expression est douloureuse.

Les accidents infectieux étant passés, on attend trois ou quatre jours pour remettre l'enfant au sein.

En résumé, il est des infections du sein, lymphangite ou galactophorite, qui sont le prélude d'un abcès du sein. Nul doute aussi qu'avec une hygiène sévère et une prophylaxie judicieuse, l'abcès du sein disparaisse complètement et que les infections du côté du nouveau-né soient réduites à leur minimum.

(Indép. méd.)

Fievre typhoïde et suites de couches.

Par le Dr LEPAGE.

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde est particulièrement important chez les accouchées : il permet de rattacher, rapidement et d'une manière indiscutable, à leur véritable cause, des accidents fébriles qu'on pourrait à tort attribuer à de l'infection utérine.

On a intérêt à pratiquer cet examen chez toute accouchée fébricitante, lorsque aucune particularité de l'accouchement ne permet de penser que les organes génitaux sont le point de départ des accidents. Cet examen s'impose toutes les fois que les accidents observés s'éloignent du tableau habituel des symptômes qui accompagnent l'infection à point de départ utérin.

Toutefois, il ne faut pas oublier que fièvre typhoïde et accidents septiques peuvent coïncider et que le diagnostic est alors difficile ; la bactériologie nous permettra sans doute un jour de reconnaître la coexistence de l'infection à bacille d'Eberth et de l'infection causée par un autre microbe (streptocoque, staphylocoque, etc.).

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

La tuberculose dans ses relations avec la grossesse et les suites de couches.

Par M. REBIÈRE (Jean).

La grossesse est très préjudiciable aux femmes tuberculeuses. Si les lésions sont peu avancées, elle reçoit, du fait de la gestation, un véritable coup de fouet ; si elles sont très avancées la mort peut

survenir avant le terme ou pendant les suites de couches. Malgré quelques exceptions heureuses, la grossesse a d'ordinaire un effet désastreux sur l'évolution de la tuberculose.

Les enfants nés de mères tuberculeuses naissent quelquefois à terme et dans de bonnes conditions ; avec un allaitement bien dirigé on voit ces enfants se développer graduellement. Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi ; les enfants peuvent succomber dans le cours de la gestation ; d'autres fois ils naissent prématurément ; d'autres enfin, nés à terme, restent chétifs et débiles et sont trop souvent les candidats de la tuberculose.

En présence de l'aggravation dans la marche de la maladie qui survient pendant la grossesse, on peut se demander s'il ne serait pas bon, à l'exemple de Duncan, de pratiquer l'avortement. [Cette manière de faire est absolument défendue au point de vue catholique. — Red.] L'accouchement provoqué ne doit être tenté, d'après M. Rebière, que près du terme et quand la femme est en danger de mort.

En résumé on peut appliquer aux tuberculeuses ce que Petit a dit des cardiaques. " Filles pas de mariage, femmes pas de maternité, mères pas d'allaitement."

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

THERAPEUTIQUE

Contre-indications de la digitale.

Les contre-indications de la digitale ne sont pas moins utiles à connaître que ses indications, car lorsqu'elle est inutile elle est certainement nuisible, non seulement en raison des accidents qu'à la continuer trop longtemps on peut provoquer, mais aussi et surtout parce la tolérance pour cette médication s'épuise et que son efficacité diminue à la répéter trop souvent. Or lorsqu'elle n'est pas indiquée par la fréquence, l'inégalité, l'irrégularité et l'insuffisance des pulsations cardiaques ou par les hydropisies du tissu cellulaire ou des séreuses, on peut dire que la contre-indication existe. Mais il est certaines conditions particulières sur lesquelles il est bon d'insister.

Tout d'abord il se peut qu'elle ne soit pas contre-indiquée dans certaines formes du pouls lent permanent. C'est que dans ce cas la lenteur du pouls n'est qu'apparente et tient à ce que le cœur étant affaibli, toutes les pulsations ne sont pas senties à la radiale ; ici la digitale peut être utile.

Elle est contre-indiquée aussi quand le myocarde paraît assez altéré pour ne devoir répondre que d'une façon tout à fait insuffisante à la provocation digitalique. En ce cas, en effet, le remède n'est pas seulement inefficace, il peut exagérer les accidents et devenir promptement dangereux. Toutes fois qu'on aura motif de craindre que le cœur ait été profondément atteint par une myocardite grave, par une cause d'adynamie profonde ou par la cachexie sénile, toutes les fois qu'une dilatation cardiaque considérable et rapide devra faire présumer une athénie cardiaque excessive, toutes les fois qu'on pourra croire à une dégénération graisseuse avancée, il faudra ou s'abstenir de la digitale, ou n'en user qu'avec une extrême circonspection.

L'existence d'une insuffisance aortique peut en général être considérée comme une contre-indication. Il y a cependant quelques restrictions à faire et quand l'accélération des battements augmente, elle peut rendre quelques services.

La dyspepsie peut aussi être une contre-indication, car les malades la supportent alors fort mal. On n'a malheureusement pas la ressource de la voie hypodermique qui est toujours fort douloureuse.

L'état cachectique contre-indique encore son usage. Enfin l'emploi même de la digitale fait antérieurement est une contre-indication, car ses effets nuisibles s'accumulent et ses effets utiles se produisent de moins en moins.

Quant aux accidents produits par des doses médicamenteuses, ils ne sont pas très bien connus de tous ou du moins sont souvent mal interprétés. Très souvent ils débutent par un délire nocturne qui peut passer inaperçu : surviennent ensuite la pâleur, le refroidissement, l'agitation, l'angoisse même, avec le rétrécissement de la pupille. Quand les accidents en sont là, une syncope mortelle peut survenir brusquement. D'autres, au contraire, meurent progressivement. La mort par la digitale se voit surtout chez des brightiques, des arthritiques, des sujets très anémiés ou atteints d'insuffisance aortique ou de delirium tremens.

Parfois il y a de véritables psychoses consécutives à l'emploi de la digitale. On peut voir survenir ainsi la mélancolie, l'agitation sans qu'il y ait de troubles circulatoires, très marqués. Aussi faut-il surveiller le médicament de très près. Parfois on augmente les doses lorsque l'effet diurétique ne se produit pas et que les urines manquent, et le malade intoxiqué meurt brusquement.

Enfin, la digitale peut produire, indirectement, l'apoplexie pulmonaire : c'est lorsqu'il existe une insuffisance tricuspideenne. Il arrive, en effet, que la pression s'étant abaissée dans l'artère pulmonaire et venant à se relever brusquement, les vaisseaux ne peuvent supporter cette brusque dilatation et se rompent. Ainsi, dans le cas d'insuffisance tricuspideenne faut-il ne donner la dose de digitale que successivement et par 1/5 de milligramme par exemple.

(G. méd. belge.)

Maladies nerveuses

La circulation de la lymphe dans la moëlle épinière.

Par GEORGES GUILLAIN.

(Société de neurologie de Paris.)

Conclusions : — 1° La circulation des liquides nourriciers, la circulation de la lymphe suit dans la moëlle épinière une voie ascendante.

2° La circulation de la lymphe dans le cordon postérieur est indépendante de la circulation de la lymphe dans la circulation antéro-latérale.

3° Le canal de l'épendyme remplit les fonctions d'un canal lymphatique.

4° Les espaces lymphatiques de la moëlle sont déterminés surtout par la disposition de la névroglie.

On peut se demander si les microbes, si les corps toxiques ne peuvent léser différents points de la moëlle par l'intermédiaire du canal épendymaire, si la syringomyélie, véritable syndrome anatomique, ne reconnaît pas dans certains cas une origine lymphatique.

Hospitalisation des alcoolisés.

Par LENTZ.

L'hospitalisation des buveurs d'habitude doit être laissée à l'initiative privée. Les résultats n'en seront pas brillants, il faut le savoir d'avance.

Quant aux alcoolisés, deux choses s'imposent : 1° une loi qui

détermine les conditions d'internement de ces malades ; 2° un asile spécial qui sera, non un sanatorium pour buveurs, mais une prison-asile pour délinquants buveurs ou alcoolisés, auxquels il faudra imposer, malgré eux, un traitement tout et aussi longtemps que la guérison ne sera pas complète, ou tout au moins puisse être supposée complète et définitive.

(Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique. — Rev. neurol.)

Purpura hystérique spontané.

Par G. ETIENNE (de Nancy)

(Société neurologique de Paris.)

M. Gilles de la Tourette a montré que des phénomènes hémorragiques divers peuvent être attribués à l'hystérie, en rattachant à cette névrose des faits célèbres. Parmi ces phénomènes figurent les manifestations cutanées : sueurs de sang (Ferrand), purpura (Raymond, Fabre, Oulmont et Touchard). Les ecchymoses peuvent donc rentrer dans les accidents cutanés de l'hystérie (Barthélemy, Rash), comme représentants de la *diathèse vaso-motrice* (Gilles de la Tourette).

Dans l'observation suivante, la bizarrerie de l'évolution, du groupement et de la forme des taches purpuriques constitue une véritable signature de l'hystérie.

Jeune fille âgée de 13 ans, très grande pour son âge et ayant grandi très vite, très pâle, acné. Installation menstruelle il y a quelques mois ; l'écoulement a été très léger, ne s'est pas reproduit depuis.

Très habituellement elle a les *mains froides, violacées, le nez est froid*. Il y a trois ans, hallucinations sensitives, la malade sent une bête au cœur, se promener dans toute la région du cœur ; ces hallucinations très fréquentes ont disparu par la suggestion.

Crises fréquentes de hémiborygmes répétés, en forme de tic.

En fin décembre 1896, un jour apparut sur chaque membre supérieur, une raie ecchymotique, s'étendant de haut en bas, qui disparut en deux jours, mais fut remplacée par d'autres raies analogues ; cette évolution dura six semaines.

La crise actuelle débuta fin novembre 1897, se manifestant par des lignes accolées, surtout à leur maximum d'intensité pendant deux jours mettant trois jours à rétrocéder, puis s'éteignant. Pendant deux jours, *épistaxis légère*.

Lorsque je vis la malade, les bras et les avant-bras étaient recouverts de séries linéaires accolées de macules purpuriques, de teinte violacée, toutes orientées de haut en bas, décrivant des incurvations légèrement accusées.

Ces ecchymoses ont toutes de 3 à 10 millimètres de largeur, sur une longueur variant de 1 à 3, 4, 5 centimètres. Quelques-unes de ces lignes sont constituées par une seule macule ayant jusque 15 à 18 centimètres de long ; d'autres lignes sont formées par une succession de taches plus courtes, séparées par de petits espaces de peau saine.

Ces ecchymoses n'ont pas toutes la même teinte ; elles passent par les diverses teintes de décoloration, montrant bien que l'éruption s'est faite par poussées successives ; mais, d'une façon générale, les taches appartenant à une même série linéaire sont à la même phase de coloration.

Ecchymoses sous-conjonctivales légères.

Pas de modification des sensibilités au niveau des ecchymoses.

Depuis lors, les périodes menstruelles se sont régularisées et les poussées purpuriques se sont renouvelées, présentant toujours une disposition topographique tout aussi bizarre,

Dans ce cas, les hémorragies cutanées ne peuvent être attribuées ni à l'hémophilie que rien ne démontre, ni à des chocs pendant des attaques hystériques qui n'ont pas existé ; elle ne paraissent pas non plus en rapport avec les périodes cataméniales. L'attention éveillée par la forme des ecchymoses, j'ai cherché si elles ne seraient pas un degré extrême de dermatographie, si elles ne seraient pas provoquées, si elles ne seraient pas une véritable simulation : les traits tracés sur la peau avec un corps moussé n'ont déterminé qu'un dermatographie moyen qui n'est assez rapidement atténué. D'autre part, les épistaxis qui se sont manifestées au début de la crise paraissent indiquer un processus plus général. Les accidents paraissent donc constituer de véritables "attaques" d'hémorragies, comme dans le cas de Magnus Huss.

Maladies veneriennes

Caractères généraux du chancre syphilitique.

PAR DR HALLOPEAU ET DR LEBEDDE.

Période de début. — Les auteurs les plus expérimentés sont en désaccord sur le mode de début du chancre : c'est que l'on a bien rarement l'occasion de surprendre la lésion dans sa phase initiale.

D'après A. Fournier, elle est constituée, à la peau, par un tout petit bouton légèrement papuleux, lenticulaire, rougeâtre, desquamatif ; sur les muqueuses, par une érosion insignifiante, arrondie ou fissuraire, plane, rougeâtre, offrant parfois à la palpation une très légère résistance.

D'après Lang, au contraire, l'induration est le phénomène initial, dans les cas où l'infection syphilitique est seule en jeu ; l'érosion lui est consécutive : il est vrai qu'elle survient d'une manière très précoce, d'où l'interprétation inverse. Ne peut-on se demander si l'érosion simple, ne signifiant "moins que rien" d'A. Fournier, n'est pas simplement l'expression du traumatisme qui fournit au contagion une porte d'entrée ?

Période d'état. — A sa période d'état, le chancre syphilitique est une lésion des mieux caractérisées au point de vue clinique comme au point de vue histologique. S'il offre des variétés nombreuses que nous aurons à étudier, il présente des symptômes constants. C'est une néoplasie aplatie, intradermique, en général érodée à sa surface, se terminant normalement par une cicatrice superficielle, qui souvent disparaît plus tard. Habituellement unique, le chancre peut être multiple.

a. ÉROSION CHANCREUSE. — L'étude histologique montre que l'épiderme ne disparaît pas tout à fait à la surface du chancre ; aussi n'y constate-t-on pas, à vrai dire, une ulcération. Vue de profil, l'érosion dessine une ligne incurvée se continuant directement avec les parties saines ; la courbure est parfois très faible ; sa partie centrale est à peine déprimée au-dessous de ses bords. La cavité érodée prend à peu près la forme "sans ressaut, sans arrêt" d'un godet. Les bords sont, à ce niveau, marqués par le passage de la coloration de l'érosion à celle de la région épidermée, qui a elle-même la couleur de la peau normale ou présente un anneau hyperémique ; exceptionnellement, la limite exacte est mise en évidence par un mince liséré hémorragique. La forme de l'érosion est géométrique, ronde ou ovale, sauf dans les plis où elle s'allonge et où elle offre, à de rares exceptions près, deux moitiés symétriques.

La couleur de la surface érodée, dans les régions où il ne se forme pas de croûtes, ou quand on les a enlevées, est presque caractéristique ; elle varie un peu cependant ; tantôt, elle est grise et on la compare à celle du vieux lard (A. Fournier) ; tantôt, elle est rouge et offre la teinte de la chair musculaire : parfois, elle est

sombre au centre, un peu violacée et plus claire à la périphérie. Enfin, la surface offre souvent, quelle que soit sa couleur, un aspect poli, vernissé. Elle peut être parsemée de petites hémorragies ; c'est la forme *pétéchiale* d'A. Fournier.

b. INDURATION CHANCREUSE. — La masse indurée a une forme semblable à celle de l'érosion à laquelle elle est sous-jacente et qu'elle déborde plus ou moins. Elle est ferme, — il est difficile de plier le chancre, — mais parfaitement élastique. L'épaisseur de l'induration est en général constante en tous points, c'est un véritable disque plat qu'on perçoit très bien en prenant le chancre entre les doigts à ses deux extrémités ; la forme hémisphérique est rare. Tantôt, l'épaisseur est faible et ne dépasse pas celle d'un parchemin ou d'une pièce de cinquante centimes ; tantôt, au contraire, elle atteint plusieurs millimètres.

c. RAPPORTS DE L'ÉROSION ET DE L'INDURATION. — L'induration déborde régulièrement l'érosion, parfois de quelques millimètres. Ce fait peut se traduire cliniquement : on constate, autour de l'érosion, une surface légèrement saillante, un anneau qui dépasse le niveau de la peau saine. Dans certains chancres, l'induration entière fait une saillie à bords abrupts (*ulcus elevatum*) ; l'érosion qui occupe la région centrale est alors plus évasée qu'elle ne l'est dans les chancres plats. L'anneau épidermé, qui limite l'érosion, présente, soit les caractères de la peau normale, soit une teinte hyperémique, soit au contraire de la pâleur ; il semble que l'épiderme soit sectionné obliquement, et que la pente de la section continue celle de l'érosion.

A ces symptômes objectifs généraux du chancre, ajoutons l'indolence qui est de règle (quand elle manque, c'est que la surface du chancre est infectée secondairement ou irritée, comme il arrive souvent dans les chancres urétraux et buccaux) et un signe expérimental, la non-inoculabilité sur le porteur. Celui-ci n'est pas aussi absolu qu'on l'a cru : cliniquement, on peut voir (Besnier) un chancre se développer sur la face interne des cuisses, consécutivement au chancre génital. Mais, en fait, la non-inoculabilité expérimentale est constante.

(à suivre)

PÉDIATRIE

Le collodion à l'ichthyol contre les taches vasculaires des nourrissons.

D'après M. le Dr UNNA.

On sait que les taches vasculaires des nourrissons se divisent en deux catégories, qui augmentent avec plus ou moins de rapidité. Les unes sont des angiomes gloméruliformes formés de capillaires artériels contournés sur eux-mêmes, dilatés, et les autres tout à fait inactives, sont purement veineuses. Assez rarement, on peut voir une combinaison de ces deux variétés. La séparation n'est pas seulement histologique mais clinique. Tandis que les angiomes artériels ont une coloration sombre violette ou brune, qu'ils sont nettement limités, compressibles, les taches veineuses sont d'un rouge clair, à contours irréguliers. La coloration bleue n'implique nullement le caractère veineux, et inversement le rouge ne correspond pas aux angiomes artériels. C'est qu'en effet la teinte bleue est due à la situation profonde de l'angiome gloméruliforme, tandis que la coloration rouge répond à la situation superficielle de la dilatation veineuse.

La nature différente des nævi demande pour chacun une thérapeutique spéciale.

L'angiome, au sens rigoureux du mot, exige d'être détruit par granulation ou formation cicatricielle.

Par contre, pour les taches veineuses, ce qui réussit le mieux c'est la compression aidée de badigeonnages au collodion ichthyolé.

M. le professeur Unna préconise à cet égard la formule suivante :

Collodion..... 9 grammes.
Ichtyol..... 1 —

On badigeonne la tumeur simplement 2 ou 3 fois par jour, jusqu'à ce qu'au bout de quelques jours on ait obtenu une croûte épaisse, brunâtre, qui tombe. On reprend alors les badigeonnages, et chaque fois la tache devient plus claire et s'aplatit. On peut ainsi obtenir une disparition complète de la tache.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Acide urique et céphalalgie,

Un médecin, qui a beaucoup cherché à découvrir une relation entre les maux de tête et la rétention d'acide urique, a trouvé expérimentalement que le mal de tête peut être produit par un régime de viande et de fromage — nourriture qui par sa richesse fait naître beaucoup d'acide urique. Il a trouvé que durant une attaque de céphalalgie, la sécrétion d'acide urique augmentait, ce qui signifie que le mal de tête est le signe de l'empoisonnement de l'économie par cette substance.

L'administration raisonnée et sensée des Tablettes d'Antikamnia et de Quinine fera disparaître cette céphalalgie intense et cet excès d'acide urique.

QUESTIONS ET REPONSES

16° Le patient qui reçoit la communion après un lavage de l'estomac à jeun communique-t-il en viatique ou non ?

DIOSCORIDES.

R. — On communique en viatique quand on est en danger de mort.

En ce cas, on peut communier sans être à jeun.

La question est de savoir si on est à jeun après avoir subi le lavage de l'estomac.

La question a été posée à la Pénitencerie au sujet d'une religieuse qui devait chaque matin à son lever subir ce lavage.

La Pénitencerie a répondu en autorisant l'évêque (Mgr. Fabre) à permettre la sainte communion dans ces conditions.

La religieuse n'était nullement en danger.

THÉOLOGIEN.

FORMULAIRE

Frictions contre la seborrhée du cuir chevelu chez les enfants.

(COMBY.)

Glycérine..... 50 grammes.
Alcool..... 20 —
Eau..... 20 —
Borax..... 4 —

Ou :

Résorcine..... 1 gramme.
Eau de Cologne..... 30 —
Glycérine..... 10 —
Teinture de cantharides..... 1 —
Eau distillée..... 50 —

(J. méd. de Paris)

NOUVELLES.

L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE.

On nous dit que le feu d'Ottawa ne dérangera en rien les séances qui doivent avoir lieu le 12, 13 et 14 de septembre prochain. On s'attend à la présence du professeur Owen, de Londres, du professeur Shattuck, de Harvard. Le docteur W. Gardner, de Montréal, lira l'adresse en gynécologie. Le docteur Gerster, de New-York, présentera un travail sur " Les calculs du foie," et le docteur Hamilton, de New-York, un sur " le tabès."

BIBLIOGRAPHIE

Nous accusons réception des ouvrages suivants :

Troisième rapport annuel de l'hôpital du Sacré-Coeur de Sherbrooke — année 1899.

Troisième fascicule des Conférences pour l'Externat des hôpitaux de Paris. — Baillière, 1 franc. Bien fait encore cette fois et des plus utiles aux étudiants et aux praticiens. — Complet en 15 fascicules.

22nd Annual Report of the Presbyterian Eye, Ear, and Throat Charity Hospital of Baltimore 1900.

The Antikamnia Chemical Co., un " Morocco Pocket Folder " et six copies de " Faith ". L'effet de ces deux articles est des plus artistiques et prouve que cette maison sait faire les choses principalement.

NECROLOGIE

Nous regrettons d'apprendre la mort de notre concitoyen distingué, M. le docteur Jean Lukin Leprohon, de Montréal.

Ce travailleur infatigable s'est éteint jeudi dernier, à l'âge avancé de 78 ans.

Nos condoléances à la famille.

Le docteur Georges Apostoli est mort le 27 avril, des suites d'une pneumonie grippale. Il était âgé de 53 ans. Il était bien connu par ses travaux sur l'électricité appliquée à la médecine. On se rappelle que le docteur Apostoli était venu à Montréal il y a quelques années.

Le professeur A. Milnes Edwards est décédé à l'âge de 65 ans. Il s'était acquis une réputation universelle de savant, surtout par ses travaux de physiologie et de paléontologie.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Faits cliniques par le Dr J. N. Aumont — Coq-à-l'âne médicaux.....	385
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : Les toxines gastriques.....	377
CHIRURGIE : Diagnostic des adénites génitales — Traitement du torticelis chronique congénital — Traitement du proctitis aigu.....	388
OBSTÉTRIQUE : Les plaies des mamelons chez les nouvelles accouchées.....	389
GYNÉCOLOGIE : L'immunité du vagin contre les affections vénériennes et syphilitiques — Endométrite senile et cancer du corps de l'utérus. Diagnostic différentiel.....	390
THERAPEUTIQUE : Usage combiné du fer et de l'arsenic dans le traitement des anémies — L'arsenic dans le traitement de la scarlatine.....	390
MALADIES NERVEUSES : A propos du traitement de la morphinomanie — Essai sur la pathogénie du délire de la paralysie générale — Du suicide (Unité de son étiologie. Son traitement.....	391
MALADIES VENERIENNES : Caractères généraux du chancre syphilitique.....	392
FORMULAIRE.....	392

Travaux Originaux

Faits cliniques par le docteur J. N. AUMONT.

La cocaïne en obstétrique.

Le 30 avril, au soir, je fus appelé à Saint-Alexis, paroisse voisine, pour une primipare.

Une chute sur le ventre qu'elle avait faite le matin, puis un "gros lavage" subséquent furent cause de la rupture prématurée des membranes. Cette rupture causa une rigidité spasmodique du col, constatée au toucher.

La patience fut conseillée comme la meilleure arme ; mais au bout d'une couple d'heures, l'état stationnaire du col et les douleurs incessantes exigèrent l'intervention.

Les injections tièdes, les lavements laudanisés et les inhalations de chloroforme ne donnèrent aucun résultat sensible.

Alors pour abolir le réflexe dû à la douleur, et en prévision d'un débridement probablement nécessaire du col, j'appliquai autour de cet anneau rigide, chacun à 5 minutes d'intervalle, 3 tampons de coton hydrophile saturés d'une solution de cocaïne à 10%. Après ces 15 minutes, la rigidité était vaincue, et le col dilaté à la grandeur de la paume de la main. Les inhalations de chloroforme achevèrent la dilatation, et une application de forceps termina le 1er temps de l'accouchement, 25 minutes après la 1ère application de cocaïne. Cet effet si longtemps désiré que les autres moyens ordinaires, ne pouvaient donner, m'amène à recommander fortement la cocaïne dans les cas de rigidité spasmodique du col de l'utérus.

Absence congénitale de l'anus.

Le 5 mai, M. A. R. de Saint-Alexis, m'apporta sa fille âgée de 5 jours, qui vomissait du méconium.

L'examen démontra une absence totale de l'anus. Après les soins antiseptiques requis, une incision médiane de 0,01 environ, à la surface, fut pratiquée à l'endroit où aurait dû se trouver l'anus.

A une profondeur d'environ 0,005, le méconium apparut au centre de l'incision.

Le suture de l'intestin aux bords de l'ouverture étant impossible, des lavages au savon sublimé, après chaque selle et 5 ou 6 fois par jour, à part cela furent conseillés ; aussi, le passage d'un savon antiseptique, sous forme de cône, pour prévenir la réunion de la plaie.

Je revis l'enfant trois semaines après.

Elle avait eu des défécations quotidiennes, et paraissait relativement bien.

Je cite ce fait assez rare, pour démontrer qu'avec des moyens bien simples, on peut obtenir un résultat excellent dans des cas où d'aucuns seraient quelquefois tentés de se décourager et de ne pas essayer de corriger les erreurs de la nature.

Lymphadénome guéri par l'extrait thyroïde.

M. A. R. de St-Esprit, âgé de 18 ans, atteint de lymphadénome depuis 3 ans, malgré les préparations iodurées, arsénicales et l'huile de foie de morue, obtint une guérison presque complète avec le traitement thyroïdien. Trois grains d'extrait de glandes thyroïdes de mouton, 3 fois par jour, pendant quinze jours, puis repos pendant 15 jours.

Après 2 mois de ce traitement, le jeune homme ne s'aperçut plus de son adénie pendant un an. Cependant il y a un mois, à la suite d'un refroidissement, une nouvelle poussée d'adénite se manifesta, dans les ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux.

Deux douzaines de prises d'extrait thyroïdien firent cesser les symptômes aigus, et réduisirent le volume des glandes hypertrophiées presque à leur état normal. Les hypophosphites Fellows, continuèrent l'amélioration. Sans prétendre qu'il y ait encore guérison complète, l'évidence des faits nous force cependant à rendre aux glandes thyroïdes le mérite d'avoir donné un résultat que nul autre agent ne pouvait donner.

L'histoire de famille, les antécédents et les détails sont omis pour obéir au précepte d'Horace :

"Quidquid præcipies, esto brævis."

J. N. AUMONT, M. D.

Coq-à-l'âne médicaux.

L'acide picrique dans le traitement du phagédénisme. — Le docteur Hawthorn, de Marseille, rapporte les bons effets obtenus dans le traitement des chancres phagédéniques, surtout. La solution saturée doit être employée et le patient doit éviter d'en appliquer sur les téguments sains, afin de prévenir l'érythème prurigineux qui en est souvent la conséquence. La guérison s'effectue très rapidement.

Examen des crachats. — Le vétérinaire, le docteur Hammond, de Guelph, (Montréal Medical Journal) rappelle que pour faciliter la recherche des bacilles de Koch dans les crachats, il suffit d'ajouter en parties égales, à ceux-ci une solution d'acide phénique à 5% ; on agite vigoureusement pendant quelques minutes et on laisse le

sédiment bacillaire se déposer ; au bout d'une heure on peut en retirer avec une fine pipette et procéder à l'examen comme à l'ordinaire.

L'épilepsie traitée par la santonine. — Pour le docteur F. Lydston (*Therapeutic Gazette*) la santonine serait supérieure aux bromures. Il commence par 2 ou 3 grains et augmente progressivement jusqu'à une vingtaine de grains trois fois par jour. La tolérance serait indiquée par la coloration jaune de l'urine et l'irritabilité rénale et vésicale.

L'enfant d'une éclamptique. — Doit être soigneusement surveillé. Est-il avant terme, il sera placé dans une couveuse et on lui fera deux fois par jour, de l'entérolyse avec eau tiède alcaline. Il faut éviter les refroidissements et il faut lui accorder une abondance d'eau. La mère ne devra pas le nourrir avant dix jours après sa délivrance de l'éclampsie. (*Davis, Thérâp. Gaz.*)

Inclusion fœtale. — M. Paltanof a rapporté à la Société impériale royale des médecins de Vienne un fait intéressant. A l'intérieur d'une tumeur, située au-dessous de l'omoplate gauche, que l'on a enlevée à un enfant de 4½ ans, on a trouvé un fragment d'intestin de 20 c. de long parfaitement développé ; en sus une masse constituée par du cartilage et du tissu adipeux, sur laquelle étaient implantés plusieurs kystes, deux maxillaires rudimentaires munis de dents, et une touffe de longs cheveux.

Méthode de Morgan pour localiser la fissure de Rolando. — Morgan, d'Indianapolis, a signalé le moyen bien simple qui suit pour préciser la position de la scissure rolandique : — On coupe un morceau de ficelle de la longueur de l'espace compris entre le bord inférieur du conduit auditif externe et le bregma. On place une extrémité à la racine du nez (gla) et on étend le fil sur la suture sagittale ; le point supérieur est alors tenu fixe, tandis que le bout inférieur est transporté sur le point le plus proéminent de l'os malaire. — la nouvelle position qu'occupe la ficelle recouvre la fissure de Rolando. (*Med. Council.*)

Le mal de mer. — Qu'est-ce l'orthoforme ferait ?

Le lupus. — Dethlefsen a préconisé la congélation, pendant une ou deux minutes, par le chlorure d'éthyle, tous les deux jours et cela avec grands succès. (*Gaz. des hôp.*)

La coqueluche. — Il résulte d'un travail du Dr C. G. Kerley, de New-York, (*Archives of Pediatrics*), que après avoir fait des essais consciencieux avec un grand nombre de médicaments, il a trouvé que l'antipyrine et les bromures associés donnaient les meilleurs résultats. Il recommande en sus, l'air pur, les sédatifs et les vaporisations simples. Il fait remarquer que lorsqu'un médicament doit être utile, il produit son effet dans les quarante-huit heures. — Le docteur Noston (*Med. News*) aurait obtenu des succès en employant des injections rectales d'acide carbonique pur, produit par l'action de l'acide tartrique sur le bicarbonate de soude. La durée de l'injection a été de 5 à 10 minutes ; celle-ci est parfois suivie de diarrhée ou de rougeur de la peau.

La peptonurie. — D'après Prout (*Phil. Med. Journ.*) on rencontrerait la peptone dans les urines : 1° dans les suppurations, abcès du cerveau, du foie, des os, des jointures, des méninges ; 2° pendant la crise de la pneumonie ; 3° à la période d'ulcération de la fièvre

typhoïde ; 4° pendant l'état puerpéral ; 5° dans les affections cancéreuses, surtout celles des voies digestives ; 6° dans l'empoisonnement par le phosphore.

Le signe de Huchard. — A l'état normal lorsqu'on passe de la position verticale à la position couchée, les pulsations artérielles diminuent de 6 à 8 ; or Huchard signale que lorsqu'il y a hypertension artérielle cet écart des pulsations dans les deux positions tend à disparaître et même à être renversé. Si cet écart augmente c'est signe d'hypotension.

Urinoirs publics et blennorragie. — Le docteur Orlandi, de Turin, signale la possibilité de transport des gonocoques par les éclaboussures venant des urinoirs publics à parois rugueuses et dépourvues d'eau. (*Lyon méd.*)

Le traitement de la métrite par la vapeur d'eau. — Le docteur Johnson (*Bos. Med. and Surg. Journ.*) a obtenu de jolis résultats en traitant la métrite chronique et la ménorragie par la vapeur d'eau. Un vaporisateur ordinaire projeté, par l'intermédiaire d'une canule en caoutchouc conique, la vapeur jusque dans la cavité utérine ; on fait deux séances de trente secondes chacune, à quelques minutes d'intervalle.

Recherche du bacille de Koch dans les crachats. — Le docteur A. Girard conseille comme le meilleur agent à employer pour préparer les crachats, l'eau de javelle concentrée, diluée dans deux ou trois fois son volume d'eau. L'expectoration est jetée dans environ 10 fois son volume de cette eau et agitée. Le chlore dégagé dissout le mucus et le pus et on laisse déposer ou on centrifuge le liquide jaunâtre obtenu. On décante. On traite par 5 ou 6 gouttes de la solution de potasse ou de soude normale (soude 40 g. ou potasse 56 g. par litre) pour transformer le chlore en chlorure de sodium. Le tube est rempli d'eau filtrée et stérilisée ; on centrifuge et on décante. On traite le dépôt comme d'habitude. (*J. de méd. de Paris.*)

La santonine. — Suivant le *Lyon médical*, la santonine administrée dans de l'huile d'olive aurait une action plus assurée.

Ponction exploratrice du poumon. — Afin d'affermir le diagnostic dans les cas douteux de tuberculose pulmonaire, Henkel conseille une ponction exploratrice, bien aseptique.

Le prurigo anesthésique des éthyliques. — Dans sa thèse M. Pinchoche (Paris) étudie une forme intéressante et importante de prurigo réellement imputable à l'alcool et qui offre la particularité frappante de se présenter avec de l'anesthésie. Cette anesthésie se retrouve partout où il a du prurit et souvent en l'absence d'aucun autre symptôme bien évident d'alcoolisme.

La variole traitée par la vaccination répétée. — Le Dr Brjusgin, de Saint-Petersbourg a traité deux cas de variole par des inoculations vaccinales répétées et il en a obtenu les meilleurs résultats. Une fillette de 3½ ans, non-vaccinée reçut, en pleine stade d'éruption 10 inoculations ; le lendemain 6, le surlendemain 3. Un garçon de 5 ans reçut 6 inoculations. Les deux sujets guérirent sans réaction. Cette méthode de traiter la variole est celle de Kotowtschikoff.

Révue des journaux

MEDECINE

Les toxines gastriques.

(Société de thérapeutique)

M. Albert Robin. — Les doctrines régnantes attribuent une part prépondérante aux toxines gastro-intestinales dans la genèse d'un certain nombre de symptômes et de complications de dyspepsie ; on ne saurait trop insister sur cette question de doctrine qui comporte une urgente indication thérapeutique et qui conduit à pratiquer l'antiseptie des voies digestives. Dans la dernière séance, M. A. Mathieu s'est constitué le défenseur de la théorie de l'auto-intoxication d'origine digestive, mais il a soin de mettre au second plan le rôle joué par l'estomac dans la genèse des produits toxiques, et quand il parle d'antiseptie gastro-intestinale, il entend la réaliser par le seul moyen du régime lacté et des purgatifs répétés.

Sur ces points essentiels, M. Robin est tout à fait d'accord avec M. A. Mathieu. Seulement il croit que l'importance pathogénique des réflexes, à point de départ gastro-intestinal, est plus grande que ne le pensent les nombreux médecins qui se rallient au dogme de l'intoxication par les poisons digestifs.

On a dit que la cavité gastro-intestinale est une usine à poison, que les ferments digestifs sont très nocifs, que les peptones ne pénètrent pas sans inconvénient dans la circulation, que les aliments les plus sains contiennent des principes toxiques qui sont les sels inorganiques et surtout les sels de potasse, que les fermentations digestives donnent naissance à des toxines déterminées. Enfin, on a incriminé les divers acides qui sont engendrés par la fermentation gastrique.

L'argument le plus important des défenseurs de la théorie toxique, c'est la constatation directe du poison dans le contenu stomacal. MM. Bouveret et Devic sont parvenus à préparer, avec les produits de la digestion, recueillis pendant un mois, dans un cas de tétanie, un extrait alcoolique très convulsivant pour les animaux. MM. G. Cassat et G. Ferré ont trouvé, dans le contenu stomacal d'hyperchlorhydriques qui n'avaient jamais présenté de tétanie, une substance convulsivante pour les lapins et qui jouit, en même temps, de propriétés vaso-constrictives, myocliques, anesthésiques et dyspnéiques.

Mais MM. Debove et Rémond ont essayé en vain d'intoxiquer des cobayes avec le contenu de l'estomac d'un dyspeptique qui avait eu des contractions plus ou moins prononcées dans les muscles des membres. L'extrait alcoolique de ce contenu ne s'est pas montré plus actif. Les recherches personnelles de M. Robin confirment tout à fait celles de MM. Debove et Rémond, et il a toujours été frappé de l'innocuité des liquides gastriques ou de leur extrait alcoolique, quand on le faisait ingérer à des animaux, même à assez haute dose. D'autre part, M. G. Küss a injecté plusieurs fois, dans les veines de lapins, des quantités notables de liquides gastriques de mauvaises digestions, fournis par de grands dyspeptiques, filtrés et neutralisés, sans provoquer d'empoisonnement, exception faite pour les sucs qui contenaient de la bile.

On peut donc affirmer que, jusqu'à présent, on n'a pas trouvé, dans le contenu stomacal des dyspeptiques, des poisons capables d'expliquer les symptômes que l'on met sur le compte d'une intoxication.

On a voulu faire intervenir aussi l'existence d'une dyscrasie acide due à l'acide B oxybutyrique que M. Klemperer a constaté dans l'urine des malades atteints de cancer de l'estomac ; on a ac-

cusé successivement l'acide lactique, qui tue les cobayes à la dose de 1 gr. 50 par kilogramme, l'acide acétique, l'acide butyrique, l'acide valériannique, l'acide propionique, l'acide oxalique. Toutes ces accusations ont été portées sans preuves réelles, sur la foi des théories régnantes, et en forçant les analogies.

On a confondu l'action irritante des divers acides sur la muqueuse gastrique et sur les plexus nerveux qui y abondent, avec une action toxique par absorption, et l'on a mis sur le compte d'une intoxication ce qui était le fait d'actes réflexes dont la muqueuse gastrique et les irritations acides de ces plexus nerveux faisaient tous les frais. A grand renfort d'hypothèses, on a mis au premier plan, pour expliquer les troubles de la nutrition, l'empoisonnement lent de l'organisme par les produits d'une digestion vicieuse, quand il était si simple d'invoquer l'insuffisance de l'assimilation que nos recherches viennent de mettre en relief. Et l'on a été conduit ainsi à une thérapeutique inutile quand elle n'était pas dangereuse à l'antiseptie gastro-intestinale, quand il fallait s'occuper uniquement de régulariser les actes digestifs pour qu'ils puissent fournir des matériaux plus aptes à l'assimilation.

Ce n'est pas que M. Robin veuille nier d'une façon absolue l'existence de toxines d'origine gastrique, et leur rôle possible dans la genèse de certains accidents. Ce qu'il nie, c'est que ce rôle soit démontré, c'est qu'il l'emporte sur celui des actes réflexes dans le mécanisme d'un grand nombre de symptômes associés, dans celui des compensations fonctionnelles, dans les complications hépatiques et intestinales, c'est, enfin, qu'il soit le premier en importance parmi les facteurs de la déchéance nutritive, et qu'il doive, pour tous ces motifs, être l'un des pivots de la thérapeutique.

M. Robin conclut donc qu'aucun fait probant ne démontre la réalité des toxines gastriques, que ces soi-disant toxines n'ont jamais été représentées, que s'il n'est pas permis de les nier, rien n'autorise à les admettre, et que la théorie de l'auto-intoxication d'origine digestive ne repose que sur des analogies, et que cela ne suffit pas pour étayer une indication thérapeutique. D'ailleurs, l'antiseptie médicamenteuse de l'estomac a fait son temps, et les mécomptes qu'elle a donnés justifient encore les conclusions précédentes.

M. Mathieu fait remarquer que ce qu'il a dit dans la séance précédente s'appliquait essentiellement aux intoxications d'origine intestinale, et qu'il avait mis au dernier plan les intoxications d'origine gastrique.

Si les intoxications d'origine gastrique ne sont pas démontrées, il peut se faire pourtant qu'elles existent quelquefois ; il y a une grande différence entre les conditions de l'expérimentation sur les animaux et celles qui se réalisent chez les dyspeptiques ; l'animal est sain, vigoureux, ses émonctoires sont intacts ; le dyspeptique est affaibli, ses reins, son foie, sont plus ou moins compromis, ce qui doit renforcer les effets d'un empoisonnement chronique, réitéré, se reproduisant pendant des semaines et des mois.

D'ailleurs, M. Robin ne repousse pas, d'une façon absolue les auto-intoxications d'origine digestive, puisqu'il admet, dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses, l'existence d'acides de fermentation dans l'estomac et leur passage dans la sueur de ces malades.

En résumé, M. Robin ne soutient pas des idées bien différentes et ces conclusions ressemblent beaucoup à celles formulées par M. Mathieu. Dans les auto-intoxications digestives, les auto-intoxications d'origine gastrique, sans pouvoir être niées, doivent être placées tout à fait au second plan ; quant aux auto-intoxications d'origine intestinale, M. Mathieu n'a pas à les défendre, car elles n'ont pas été attaquées.

M. Bardet est absolument d'accord avec M. Robin sur la possibilité d'interpréter tous les phénomènes observés chez les dyspeptiques par de simples troubles nerveux et, en dehors de toute inter-

vention de toxines fabriquées, non seulement par l'estomac, mais même par l'intestin. Mais il croit qu'il est possible de mettre les deux opinions d'accord, en admettant l'existence de poisons normaux agissant par suite de l'insuffisance fonctionnelle des organes défaillants.

M. Bardet a suivi quotidiennement, pendant une cure, un hyperchlohydrique qui a présenté, en dehors de toute ingestion alimentaire, des vomissements acides suivies de somnolence invincible. Or, au moment de la crise, le coefficient azoturique s'est abaissé considérablement et l'acidité des urines de la nuit a été remplacée par de l'alcalinité, en même temps qu'apparaissait une forte urobilinurie. En somme, à la suite de l'ictus gastrique, dû lui-même à une influence nerveuse, il s'est fait, sans doute par suite de la libération dans le sang d'un excès de soude provenant de la décomposition gastrique du chlorure de sodium, une viciation de la fonction hépatique : le foie s'est montré momentanément incapable de transformer en urée le carbonate d'ammoniaque et les dérivés amidés amenés par la veine porte et provenant de l'hydrolyse des albuminoïdes digérés ; il a donc laissé pénétrer dans la circulation des produits ammoniacaux qui ont alcalinisé les urines tout en produisant au passage des symptômes de toxémie. Autrement dit, on peut attribuer les troubles signalés plus haut à une transformation hépatique incomplète des produits normaux formés dans la veine porte à la suite de l'absorption intestinale. Il n'y a eu ni réflexe d'origine gastrique, ni fabrication par la tube digestif de produits toxiques.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

CHIRURGIE

Diagnostic des adénites géniennes.

On peut être appelé à faire ce diagnostic dans trois circonstances différentes : ou bien on se trouve en présence d'un adéno-phlegmon ; ou bien il s'agit d'une adénite chronique ; ou bien enfin, la lésion déjà ancienne a suppuré, l'abcès s'est ouvert au dehors, il a laissé, à sa suite, une fistule persistante.

Dans les formes aiguës, si l'on constate une lésion dentaire, une ulcération des parties molles sur le trajet des lymphatiques voisins, le diagnostic est ordinairement facile.

L'hyperplasie ganglionnaire simple, très rare, ne s'accompagne ni de fluctuation, ni de douleurs.

Le furoncle de la face est plus superficiel. Sa forme acuminée, sa coloration, son évolution et surtout l'existence d'un bourbillon tranchent la difficulté.

La fluxion dentaire rappelle l'adéno-phlegmon au début. Mais, dans ce dernier, la tuméfaction de la joue est tout autre ; on la sent exclusivement envahie et l'on constate l'intégrité des mâchoires. Le gonflement, la douleur, etc., sont très différents du gonflement, de la douleur de l'ostéopériostite dentaire.

Un ganglion suppuré au niveau de l'artère faciale peut être animé de battements et devenir le siège d'un souffle vasculaire. L'histoire de la tumeur, son évolution feront rejeter l'hypothèse d'un anévrysme.

Le diagnostic avec l'actinomycose peut être plus difficile. Dans cette dernière maladie, l'œdème n'est pas franchement phlegmozeux. La tuméfaction a une consistance spéciale, intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes

La douleur est d'une intensité que rien n'explique, elle survient par crises.

Le trismus est précoce et très accentué, alors que, dans l'adéno-phlegmon, il s'agit plutôt au début d'une gêne fonctionnelle. La peau est plus ou moins rapidement envahie, elle s'amincit et rougit par place, comme si elle allait rapidement s'ulcérer. Il n'y a pas d'adénite des ganglions voisins. Plus tard la peau s'ulcère ; la multiplicité des fistules devient un signe d'actinomycose ; enfin l'examen microscopique du pus ou des fongosités indiquera la nature exacte de la lésion.

Les formes nodulaires, après avoir envahi la peau, peuvent s'étendre plus ou moins profondément. Leur point de départ cutané, leur indolence, leur marche, l'influence du traitement ioduré, etc., permettront d'affirmer l'actinomycose.

Plus difficile aussi, serait le diagnostic avec un kyste sébacé ou un kyste dermoïde enflammé. Le mode de début de la tumeur, son évolution, l'étude des anamnétiques établiront la nature de l'affection.

Le diagnostic d'adénite posé, on recherchera le point de départ de l'affection. L'examen de la cavité buccale pourra nous montrer dans une dent cariée, dans une ulcération des gencives, etc., la porte d'entrée de l'infection.

La tuberculose aiguë des ganglions est exceptionnelle et l'état général du sujet seul pourrait nous faire supposer cette cause.

Les adénites géniennes peuvent encore être confondues avec d'autres lésions.

Les kystes sébacés se développent lentement, sans cause appréciable. Dès le début, ils n'ont pas la mobilité des ganglions, ils adhèrent à la face profonde de la peau. Ils sont plus superficiels et plus mous.

Les kystes dermoïdes sont congénitaux. Ils sont également de consistance molle. Il est exceptionnel de les rencontrer en avant du masséter.

Les kystes salivaires constituent de petites tumeurs arrondies, ordinairement situées le long du canal de Sténon. Ils simulent donc des ganglions buccinateurs postérieurs. L'erreur est surtout facile à commettre avec la petite glande accessoire qui existe presque constamment au point où le canal de Sténon perfore le buccinateur. Parfois, il sera nécessaire de recourir à l'examen microscopique pour être fixé sur la nature de la masse enlevée.

Signalons, en passant, les kéloldes fausses qui succèdent à des brûlures, les kéloldes spontanées, qui sont exceptionnelles, etc.

Sous le nom de lipomes buccaux, Dolbeau désignait des lipomes qui ont pour point de départ la boule graisseuse de Bichat. Leur consistance molle et fluctuante pourrait en imposer pour un abcès, mais leur siège en avant du bord antérieur de la branche montante du maxillaire supérieur, leur forme lobulée et irrégulière feront reconnaître leur nature.

Nous pouvons encore trouver à la joue d'autres lipomes qui proviennent de la transformation d'angiomes congénitaux. Leur diagnostic repose sur les caractères précédents.

Les gommes syphilitiques évoluent plus lentement. Elles se résorbent rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Les gommes tuberculeuses, de forme irrégulière, sont ordinairement multiples. Elles s'accompagnent d'autres manifestations bacillaires.

Nous n'insistons pas sur le diagnostic avec les varices lymphatiques qui sont excessivement rares dans nos pays.

De même le tubercule sous-cutané douloureux est exceptionnel à la face.

L'angiome sous-cutané est congénital, de forme irrégulière, de consistance molle. Il s'accompagne souvent d'un léger réseau veineux du côté de la peau.

Enfin, dans le tissu musculaire, on peut trouver des affections inflammatoires ou néoplasiques : abcès, gommés, sarcomes, etc., mais la contraction du muscle nous renseigne sur le siège exact de la tumeur.

Il en sera de même pour les abcès et les tumeurs qui ont pour point de départ le tissu osseux.

M. Vigier a également insisté aussi sur cette particularité que normalement, le bord antérieur du masséter, à sa partie inférieure, donne la sensation d'une petite masse roulant sous le doigt et pouvait en imposer pour une adénite. La contracture du masséter immobilise cette masse et fait ainsi disparaître cette cause d'erreur.

Lorsque le malade se présente à une période plus reculée, lorsque l'abcès s'est ouvert et a laissé une fistule, le diagnostic restera souvent hésitant.

Dans les cas d'inflammation banale, on reconnaîtra qu'il ne s'agit pas d'un kyste sébacé ou dermoïde d'après l'évolution de l'affection, son origine congénitale ou non. Nous ne parlons pas de la fistule du canal de Sténon, ordinairement traumatique, et qui est d'un diagnostic facile.

Dans les cas d'adénites tuberculeuses, les bords de la fistule peuvent être envahis et devenir le siège d'une ulcération de même nature ; il sera parfois difficile d'apercevoir l'orifice fistuleux masqué par des fongosités. L'exploration avec un stylet conduira dans la cavité ganglionnaire, indiquera l'origine de la lésion.

Le plus souvent, il suffira de songer à la possibilité d'une adénite génienne pour la reconnaître et la diagnostiquer avec certitude.

(Gaz. des hôpitaux.)

Traitement du torticolis chronique congénital.

Par M. M. COSTE.

(Thèse de Montpellier)

Pour M. Coste, si quelques torticolis congénitaux, assez prononcés au moment de la naissance, guérissent par le massage et les manipulations de redressement, dans la plupart des cas ces manœuvres sont insuffisantes ; elles n'agissent que pour compléter les résultats obtenus par la ténotomie.

La ténotomie sous-cutanée convient dans la rétraction isolée du chef sternal : elle peut être réservée aux torticolis simples, chez les jeunes filles.

La ténotomie à ciel ouvert est le traitement de choix du torticolis musculaire chronique. Elle s'impose, même s'il s'agit de jeunes filles, dans les torticolis invétérés, compliqués de brides fibreuses aponévrotiques, ou lorsqu'il y a lieu de craindre des anomalies de volume ou de situation des veines jugulaires. C'est une opération sans danger, quand toutes les conditions d'asepsie sont réalisées.

La ténotomie à ciel ouvert donne en général des résultats satisfaisants. Toutefois, dans certaines variétés de torticolis chroniques congénitaux invétérés, le redressement opératoire ne peut être complet, quoique l'on ait sectionné les deux tendons du sterno-mastoïdien et les brides fibreuses aponévrotiques. Il devient alors nécessaire de pratiquer l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien, opération préconisée, par Volkmann, Hadra et J. Mikulicz, de Breslau.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Traitement du psoriasis aigu.

Par M. DIDIER (thèse de Lyon)

Pour M. Jean Didier, dans le traitement du psoriasis aigu en particulier, la longue incision des parties molles parallèle à la crête iliaque paraît la meilleure. Aussi rationnelle que les autres, elle a donné de meilleurs résultats. Même à résultats simplement équivalents, elle devrait être préférée, l'extrême simplicité du manuel opératoire et de l'appareil instrumental en permettant l'application à tous les praticiens et dans tous les milieux, à la campagne comme aux ambulances.

Cette incision devra remplir les conditions suivantes :

Courant parallèlement à la ligne formée par l'arcade de Fallope et à la crête iliaque, et à 2 centimètres au-dessus de cette ligne, elle s'étendra du point correspondant au milieu de l'arcade, en avant, sur une longueur variable de 12 à 13 centimètres en arrière.

Après drainage, la plaie sera tamponnée partiellement, sans tentative de réunion immédiate.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

OBSTÉTRIQUE

Les plaies des mamelons chez les nouvelles accouchées

Le Dr Platzer base son étude (*Archiv. f. Gynaekologie*) sur plus 1,000 cas observés en deux ans à la clinique de Budapest. — D'après cet auteur, trois facteurs principaux sont en cause dans l'étiologie de cette affection : 1° la morsure du mamelon ; 2° les tiraillements pendant la tétée ; 3° la macération épithéliale par les mucosités de la bouche de l'enfant. Ces causes agissent surtout, quand le mamelon est mal développé. Elles produisent ou une perte de substance, l'excoriation, ou une simple fente, la fissure.

L'excoriation résulte d'une hémorragie qui soulève l'épiderme et forme une vésicule, dont la rupture donne une perte de substance. Ou bien encore, il se forme une croûte, dont la chute donne naissance à la plaie. Enfin, par macération la peau peut se trouver imbibée et tombe par morceaux. — Les fissures ou rhagades sont des fentes épidermiques étroites, mais profondes. L'infection, par des microbes pathogènes, de l'une ou l'autre forme de plaie peut produire l'abcès du sein.

En résumé, les deux groupes de plaies ont pour origine le traumatisme, peuvent être bilatérales ou unilatérales, et se rencontrent d'ordinaire pendant la première semaine des suites de couches, du deuxième au quatrième jour.

Les fissures sont plus grosses que les excoriations. La mastite est plus fréquente dans les fissures (2 pour 100 au lieu de 0,05 p. 100 dans les excoriations).

Les symptômes sont communs. La douleur empêche ou même, fait supprimer la tétée. L'hémorragie est sans importance ; la fièvre est d'ordinaire nulle, ou, si elle existe, a une autre signification.

Le traitement prophylactique, pendant la grossesse, a été rarement fait. Comme traitement curatif, M. Platzer emploie soit les lavages au carbol, soit le pansement ouaté sec.

Les lavages ont le désavantage de retarder la cicatrisation de la plaie en imbibant et en ramollissant la peau ou les croûtes.

Dans le traitement sec, on lave à l'eau de savon le mamelon, avant la première tétée ; après les suivantes on l'essuie au coton sec.

Des cas traités par le carbol 63, malades p. 100 furent guéris le

quatrième jour. Au contraire, par le pansement sec, il en eut 84 p. 100. Celui-ci, en effet, ne fait pas tomber la croûte et laisse l'épiderme se reformer sous elle.

Enfin, dans tous les cas, il faut laver la bouche de l'enfant avant et après la tétée, cesser celui-ci pendant 48 heures, quand il y a des crevasses, ou employer des tétérilles.

Quand il y a menace de mastite, il faut laver 2 fois par jour à la liqueur de Van Swieten, passer au dermatol et cesser l'allaitement. Quelquefois un sachet de glace placé sur le sein a pu servir de traitement abortif. M. Maygrier préconise la solution alcoolique saturée d'orthoforme.

(*Con. méd. — Gaz. méd. belge*)

GYNECOLOGIE

L'immunité du vagin contre les affections vénériennes et syphilitiques.

Par GUIDO BARBIANI.

Les chancres indurés du vagin sont excessivement rares. On a, en général, remarqué la rareté avec laquelle les affections vénériennes et syphilitiques atteignent le canal vaginal. L'auteur attribue cette immunité à l'acidité du mucus. Aussi, parmi les prostituées, malgré qu'elles soient fréquemment exposées aux contagions, les lésions vénéro-syphilitiques de cet organe sont assez rares parce que précisément le coït et les désordres sexuels augmentent cette acidité. Tant que la réaction acide normale de la sécrétion persiste, le développement des agents d'infection ne peut réussir.

(*Gior. italiano delle mal ven. — Ind. méd.*)

Endométrite sénile et cancer du corps de l'utérus. — Diagnostic différentiel.

Par HENRI LORAIN.

Les caractères communs à l'endométrite sénile et au cancer du corps de l'utérus sont : l'écoulement sanguin survenant plus ou longtemps après la ménopause ; la fétidité des sécrétions, les douleurs périodiques, l'état cachectique, enfin la marche essentiellement chronique et la longue durée de la maladie.

Mais si ses différents symptômes s'observent dans les deux maladies, ils ne s'y montrent pas toujours avec des caractères d'une parfaite identité. Aussi, les cas de ce genre réclament-ils un examen clinique minutieux permettant de saisir certaines nuances qui acquièrent une grande importance, car elles servent de base au diagnostic différentiel.

L'écoulement sanguin peut faire défaut dans l'endométrite ; il ne manque guère dans le cancer et acquiert parfois une grande abondance.

La fétidité des sécrétions est plus précoce dans l'endométrite que dans le cancer ; l'écoulement cancéreux ne prend une odeur fétide qu'au moment où les bourgeons néoplasiques ramollis se désagrègent et sont expulsés par les contractions utérines. L'écoulement dans l'endométrite est habituellement séro-purulent, quelquefois teinté de sang tandis que celui du cancer est plus souvent séreux ou séro-sanguinolent.

L'utérus est augmenté de volume dans l'endométrite, et con-

serve ordinairement sa mobilité : dans le cancer, il est hypertrophié, généralement plus ou moins immobile, douloureux au toucher et parfois il présente des inégalités de surface, des bosselures.

Dans quelques cas, lorsque le canal cervical est perméable, on sent nettement des bourgeons néoplasiques qui font saillie dans le col ; c'est à une période très avancée seulement de la maladie, qu'ils atteignent l'orifice externe.

Les douleurs peuvent manquer dans l'endométrite, et elles sont rarement très vives.

Dans le cancer, elles ne font guère défaut, du moins lorsque le néoplasme est assez développé pour distendre la cavité utérine (Schroeder) et mettre en jeu la contractilité de l'organe. C'est alors qu'apparaissent avec une régularité presque absolue les crises paroxystiques que Simpson considérait comme caractéristiques du cancer. Dans l'endométrite, les douleurs sont moins constantes, moins régulièrement périodiques.

Les symptômes fournis par l'état général éclairent peu le diagnostic, car, dans le cancer comme dans l'endométrite, la malade peut, du moins au début, conserver les apparences de la santé, et à une période avancée de la maladie, des symptômes caractéristiques s'observent dans les deux cas. Mais si, sous l'influence du traitement l'état général tend à s'améliorer dans l'endométrite, il n'en est pas de même dans le cancer, où du moins l'amélioration, quand elle se produit, ne survient qu'après plusieurs semaines de traitement.

La longue durée ne saurait plus être invoquée en faveur de l'endométrite, car elle s'observe aussi dans le cancer.

En résumé, le diagnostic différentiel de l'endométrite sénile et du cancer présente souvent de telles difficultés que les plus expérimentés eux-mêmes peuvent se trouver en défaut.

Aussi, dans la plupart des cas, n'hésiterais-je pas à conseiller le curetage explorateur suivi de l'examen histologique des fragments de muqueuse détachés par la curette.

C'est, en effet, sous le microscope que le diagnostic s'établit presque toujours avec certitude. Les indications thérapeutiques en découlent naturellement. Je n'ai pas à décrire ici le manuel opératoire du curetage explorateur ; il est d'ailleurs fort simple et à la portée de tout médecin. Une antisepsie rigoureuse et deux ou trois jours de repos au lit suffisent à en assurer la parfaite innocuité.

(*La méd. orientale — Ind. méd.*)

THERAPEUTIQUE

Usage combiné du fer et de l'arsenic dans le traitement des anémies.

M. Ferrante Aporti est convaincu, après Riva et Consigli, de l'action spécifique du fer et de l'arsenic dans la régénération des anémies primitives, le premier médicament n'augmentant que la teneur du sang en hémoglobine, le second le nombre des globules rouges ; il a cherché la confirmation expérimentale de ces constatations cliniques.

Après avoir mis des chiens au régime et au repos pendant un certain temps, il fit l'examen de leur sang, non sans avoir au préalable débarrassé l'intestin de son contenu ; cela fait, l'animal était fortement saigné à plusieurs reprises et ne recevait, pendant toute la série des recherches, que des aliments autant que possible privés de fibr.

Les expériences de l'auteur, pour le détail desquelles je renvoie à l'original, paraissent au premier abord tout à fait concluantes ;

en effet, quand, après avoir anémié l'animal par des saignées répétées, il avait constaté, en pratiquant un nouvel examen du sang, une forte diminution du taux de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges, il constatait que l'administration successive d'injections d'arsenic et de fer élevait rapidement, les premiers le nombre des globules rouges seulement, les secondes à leur tour le taux de l'hémoglobine seule.

Ces expériences, très intéressantes, seraient tout à fait convaincantes, si l'auteur, au lieu de se borner à en publier le résultat, y avait joint l'exposé du processus normal de reconstitution du sang d'animaux de même race et de même poids que ceux dont il s'est servi pour ses expériences, en les plaçant dans les mêmes conditions de régime et d'anémie expérimentale, notant d'une manière comparable l'augmentation du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine si elle se produisait ou son absence.

Dans les tracés qui résument le résultat des expériences de M. Ferrante Aporti, on voit bien cet accroissement suivre immédiatement l'administration de l'arsenic pour les globules rouges et du fer pour l'hémoglobine ; Mais, comme dans ces expériences, l'administration suit de près les saignées qui ont déterminé l'anémie expérimentale, leur action thérapeutique se confond avec le processus de réparation physiologique, et il est alors difficile de préciser la part d'action qui revient aux médicaments, car si les courbes montrent bien une dissociation entre l'accroissement du nombre de globules rouges et l'augmentation de l'hémoglobine, la seconde ne se produisant qu'après l'autre, il faut savoir que normalement, dans le processus de réparation du sang des anémiés, l'ordre est le même.

(Centralbl. f. Inn. Med. — Gaz. des hôp.)

L'arsenic dans le traitement de la scarlatine.

Il y a quelques années Speransky a fait connaître d'excellents résultats, qu'il a obtenus dans la scarlatine. Il a administré la liqueur de Fowler (d'un quart de goutte à une goutte entière, suivant l'âge de l'enfant) et il a constaté que l'arsenic diminue l'intensité de la maladie, prévient les complications graves, en même temps qu'il exerce une action prophylactique chez les personnes bien portantes de l'entourage.

Semtschenko a lui aussi expérimenté le traitement indiqué par Speransky, et en se basant sur un assez grand nombre de cas, arrive à des conclusions qui confirment les affirmations de Speransky, en ce qui concerne l'action thérapeutique de l'arsenic dans la scarlatine, tout en niant son action prophylactique.

(Gazette des hôpitaux).

Maladies nerveuses

A propos du traitement de la morphinomanie.

Par M. A. JOFFROY.

L'auteur insiste sur ce fait que, dans la morphinomanie, la dose d'entretien ne doit être supprimée que quand l'état général du malade s'est amélioré, quand l'appétit est revenu et que le poids s'est accru : le traitement préparatoire de la suppression de la morphine a la plus grande importance. Le malade et son entourage doivent être tenus dans l'ignorance de la suppression de la morphine ; la

psychothérapie est un complément utile des méthodes employées, en diminuant les symptômes d'abstinence si pénible pour le malade.

Discussion :—

Rendu est frappé du rôle que joue la suggestion chez les morphinomanes : il expose le cas d'un malade chez lequel l'introduction de l'aiguille seule sous la peau amenait un soulagement immédiat.

Siredey supprima d'emblée les injections de morphine chez une malade en lui injectant à la place de l'eau salée mélangée à du laurier-cerise ; la malade n'étant pas prévenue de la suppression.

Jacquet a observé un malade qui prenait la dose quotidienne énorme de 14 grammes par jour ; le maximum enregistré jusqu'ici n'a guère été que de 13 grammes.

Joffroy n'a jamais rencontré de morphinomanes prenant une aussi forte dose, mais il a observé un buveur de laudanum qui prenait par jour quatre-vingts grammes de laudanum de Rousseau.

(Bull. de la soc. de méd. des hôp. de Paris — Rev. neurol)

Essai sur la pathogénie du délire de la paralysie générale.

Par le Dr LALANDE.

Conclusions : — 1° Le phénomène de l'hallucination excepté, le délire de la paralysie générale nous est parfaitement expliqué par la perte graduelle de la faculté de comparer les données de l'expérience entre elles. Il semble donc que l'on doive rapporter à cette cause la pathogénie du délire ;

2° Si cette première conclusion est vraie, il est extrêmement probable que la faculté de comparer est localisée dans la couche moléculaire de l'écorce cérébrale et qu'elle est effectuée par les petites cellules qui occupent cette région.

(Ann. méd. — Psych.)

Du suicide (Unité de son étiologie. Son traitement.)

Par PAUL HAUVILLER.

(Thèse de Paris, 1899)

L'auteur définit ainsi le suicide, "le fait par lequel un individu se donne ou se laisse donner la mort à lui-même, de par son unique volonté, soit par un acte, soit par un abstention contraire à la vie et cela pour mettre fin à une existence qu'il prévoit impossible dans son cas particulier." Cette définition élimine les aliénés et les alcooliques qui se tuent sous l'influence d'une volonté extérieure à eux.

L'étiologie du suicide n'est pas d'origine matérielle, mais morale. Ce ne sont point les faits qui en sont la cause directe, mais la perte d'équilibre psychique qu'ils déterminent. Toutes les associations fortement intégrées exercent une action de préservation contre le suicide : telle est l'influence de la famille, de la religion ; la religion qui s'imisce le plus à la vie des fidèles compte le moins de suicidés. Les juifs se tuent moins que les catholiques, ceux-ci moins que les protestants. La philosophie qui détruit la société religieuse est un facteur aggravant. Dans l'armée, les soldats qui n'ont point d'initiative se tuent moins que les sous-officiers. Dans la société, les crises économiques favorisent les suicides, tandis que les crises politiques, resserrant les liens entre des hommes tendant au même but, lui sont plutôt défavorables.

L'étude des aliénés permet d'établir la psychologie du suicide : celui-ci passe par trois phases : 1° l'individu atteint par le choc moral qui gêne sa sociabilité constate que l'existence lui est impossible 2° il s'établit une lutte dans laquelle il conclut à la mort ; 3° l'idée s'extériorise et le force à se tuer. Donc il y a trois périodes : 1° jugement ; 2° volonté ; 3° obsession.

Quelle conclusion pratique faut-il retirer de ces considérations ? C'est qu'il ne faut point isoler le malade comme dans la folie ou dans l'alcoolisme, il faut au contraire l'unir plus fortement à ses semblables. La solidarité seule en faisant cesser l'égoïsme fera disparaître le suicide.

(Rev. neurol)

Maladies vénériennes

Caractères généraux du chancre syphilitique.

Par Dr HALLOPEAU et Dr LEBEDDE.

(Suite)

Caractères particuliers. — a. *Forme.* — Dans les plis, le chancre s'allonge, devient fissuraire ; quelquefois, il s'étale des deux côtés et prend la forme en feuillet de livre.

Lorsque deux chancres indurés sont au contact l'un de l'autre, ils peuvent confluer et alors l'érosion, l'induration, n'ont plus leur forme géométrique normale.

b. *Dimensions.* — Les dimensions moyennes du chancre sont celles d'une pièce de vingt centimes ; parfois plus petites, elles peuvent atteindre celles d'une pièce d'un franc : en deça et au delà, il existe, d'une part, des chancres nains, de l'autre, des chancres géants.

Les chancres nains ont les dimensions d'une lentille ou même d'une grosse tête d'épingle. Souvent multiples, ils rappellent l'herpès par l'érosion et le suintement léger dont ils sont le siège (*chancres herpétiformes*).

Les chancres géants peuvent dépasser les dimensions d'une pièce de cinq francs. Mais, si la surface s'élargit, l'induration n'augmente pas nécessairement en profondeur ; le chancre peut garder les caractères de disque plat que nous avons signalés. D'autres fois, au contraire, l'épaisseur devient très considérable ; on voit, dans le musée de Saint-Louis, deux chancres jumeaux du menton mesurant chacun les dimensions d'une pièce de cinq francs, former en relief de plus de 14 millimètres.

c. *Etat de la surface.* — Parfois l'érosion est absente. Le chancre fait alors une saillie légère, indurée, d'un rouge sombre ou d'un rouge violacé, un peu desquamative. Cette anomalie ne s'observe que dans des endroits où il ne se produit ni infection, ni macération ou bien il s'agit de chancres un peu anciens déjà, dont l'érosion a guéri hâtivement.

Examinée sur les muqueuses, dans les régions où elle est recouverte par la peau, telle que le prépuce, le gland et dans les aisselles, la surface est celle que nous avons décrite ; parfois elle est sèche, vernissée.

Plus rarement, il se fait une ulcération superficielle, sans doute due à une infection légère ; l'érosion devient pultacée et ce recouvre d'un enduit mou, peu épais, adhérent ; ou bien il se produit une exsudation fibrineuse anormale, et alors c'est une véritable fausse membrane également adhérente (*chancres diphtéroïdes*).

La surface du chancre suinte légèrement à la pression ; le liquide est séreux et non purulent. Si on presse davantage, si on es-

suie un peu énergiquement la surface, on détermine un faible saignement.

Parfois semblable au chancre muqueux, le *chancre cutané* se présente quelquefois dépourvu d'érosion, ayant du reste la couleur et l'induration typiques, et le plus souvent recouvert d'une croûte adhérente brunâtre ou foncée (*chancre ecthymateux*) : tantôt cette croûte est régulière et recouvre toute la surface érodée ; tantôt, elle est épaisse, saillante, régulière encore ; parfois elle est fendillée. Dans les régions couvertes de poils, les croûtes deviennent irrégulières, très épaisses ; quand on les enlève, on constate un peu de pus. Dans la variété que A. Fournier appelle *cupuliforme*, l'ulcération est évidée en forme de lampion, son pourtour forme une crête saillante de 2 à 4 millimètres et l'ulcération peut elle-même se creuser jusqu'à 4 ou 5 millimètres au-dessous de la peau saine.

Enfin, à côté des chancres cutanés, on décrit des chancres *cutané-muqueux*, tels que ceux qui sont situés à cheval sur la face externe et interne du prépuce : sur la face externe, le chancre prend le caractère ecthymateux ; sur la face interne, il est érodé. Il en est de même des chancres qui occupent la face cutanée et la face muqueuse des grandes lèvres, etc.

d. *Induration.* — L'érosion chancreuse peut manquer exceptionnellement : l'induration, qui traduit l'infiltration cellulaire et la réaction du derme, ne manque jamais ; parfois, elle déborde très largement l'érosion et peut alors déterminer la rougeur de la surface ; parfois, elle se développe en profondeur ; elle n'est plus aplatie, mais arrondie, hémisphérique.

L'absence de l'induration a été signalée dans les chancres très étendus et très superficiels, occupant des régions où la peau est très fine, par exemple dans ceux du fourreau : en réalité, elle existe, mais elle est difficile à percevoir parce qu'elle est très étalée.

(à suivre)

FORMULAIRE

Traitement de la constipation des nouveau-nés (de 1 à 2 ans).

Magnésie calcinée.....	} 55 5 grammes.
Racine de rhubarbe.....	
Oléo-saccharine d'anis.....	

Une pincée trois fois par jour.

Chez les enfants âgés de quelques semaines seulement, il convient de réduire à 2 ou 3 grammes la dose de rhubarbe et de magnésie.

Formule de Monti :

Mannite cristallisée.....	5 grammes.
Eau distillée.....	100 —

Une cuillerée à café toutes les deux heures. La dose de mannite peut être portée à 10 grammes.

(WYETH, in *Bull. de théor. — Gaz. des hôp.*)

BIBLIOGRAPHIE

La pratique des accouchements. Obstétrique journalière par Henri Varnier. Cet ouvrage qui promet d'être des plus intéressants et des plus instructifs vient de paraître, chez S. Steinheil, Paris et se vendra 26 fra. Tous connaissent la haute réputation du professeur Varnier et sa compétence règle la valeur du texte ; si on en juge par les pages précieuses, les gravures sont parfaites et elles sont au nombre de 387.

SOMMAIRE

	PAGES
REVUE DES JOURNAUX	
MÉDECINE : L'infection tuberculeuse par voi nasale — La morve chez l'homme. — La valeur sémiologique des réflexes des orteils — Hémiplegie organique et hémiplegie hystérique.....	393
CHIRURGIE : Traitement opératoire des tumeurs malignes du gros intestin — La hanche botte	394
OBSTÉTRIQUE : Des rapports de l'hytéroplexie avec la grossesse et l'accouchement	395
GYNÉCOLOGIE : Indications du toucher intra-utérin.....	396
THERAPEUTIQUE : La strophanthine dans les affections cardiaques.....	396
MALADIES NERVEUSES : Le sommoil et ses accidents.....	397
PÉDIATRIE : Inflammation gommeuse du muscle sterno-mastoidien chez les nouveau-nés — De l'augmentation brusque de poids de certains enfants dans les jours qui précèdent la mort.....	398
MALADIES VENERIENNES : Caractères généraux du chancre syphilitique.....	398
Coryza syphilitique chez le nouveau-né — Absès rétro-pharyngiens du nouveau-né	399
NECROLOGIE	400

Revue des journaux

MÉDECINE

L'infection tuberculeuse par voie nasale.

Par G. LIARAS (de Bordeaux.)

Voici quelques conclusions de l'auteur : 1° La cavité nasale ne paraît pas aussi complètement aseptique qu'on a bien voulu le dire. 2° Malgré tout, par sa forme, par la constitution de sa muqueuse, le nez normal est une défense de l'organisme contre l'infection microbienne par voie aérienne. 3° Nous n'avons pas retrouvé le bacille tuberculeux dans les fosses nasales de sujets vivant depuis longtemps dans un milieu hospitalier. 4° Nous n'avons pas retrouvé non plus ce bacille dans certains coryzas qui pourraient être tuberculeux. 5° D'après nos recherches statistiques, le coryza atrophique ozénateux ne paraît pas, d'une façon évidente, favoriser l'infection tuberculeuse par inhalation, bien qu'il altère la muqueuse et amène l'élargissement des fosses nasales.

(Arch. prov. de méd.)

Le morve chez l'homme

Par TIMEN.

D'une étude faite sur les cas connus de morve chez l'homme, l'auteur conclut :

1° Pour le diagnostic de la morve, la profession de l'individu atteint doit être considérée comme un facteur étiologique important.

2° L'absence de sécrétion nasale n'exclut pas la possibilité de la morve.

3° Les tuméfactions périarticulaires et les nodules sous-cutanés intra-musculaires en sont des signes très caractéristiques.

4° Une faible sensibilité ou même l'absence des douleurs dans les nodules plaide encore mieux en faveur de la morve.

5° Les infiltrations et les nodules peuvent se résorber rapidement et sans trace sous l'influence de compresses réchauffantes avec de l'alcool, du sublimé, etc.

6° La fièvre morveuse ne revêt aucun type déterminé ; elle prend l'aspect d'une septicémie dans les cas tout à fait exceptionnels.

7° Le traitement mercuriel ne donne pas toujours des résultats favorables, surtout dans les cas aigus.

8° La transmission de la morve de l'homme à l'homme est sans doute possible, mais la prédisposition pour une telle infection de l'homme n'est pas grande.

9° Dans la lutte contre la morve, l'inspection sanitaire, ainsi que la connaissance de la maladie de la part de ceux qui vivent en contact avec les chevaux, doit jouer un rôle prépondérant.

(Ejenedielnik — Lyon méd.)

La valeur semelologique des réflexes des orteils.

Par VERGER et ABADIE (Bordeaux)

1° La manœuvre de Babinski est d'exécution délicate et l'observation de ses faits comportent beaucoup de causes d'erreur ; 2° le phénomène des orteils ou signe de Babinski, est l'observation exacte : il se rencontre fréquemment dans les cas de lésions des voies pyramidales. Mais il est trop variable d'un sujet à l'autre et chez le même sujet, pour constituer un symptôme de premier ordre. Il ne saurait en particulier être comparé à la trépidation épileptoïde du pied ou de la rotule ; 3° le prétendu réflexe antagoniste de Schäfer n'a aucune valeur sémiologique en temps que signe d'une lésion cérébrale ; 4° la manœuvre de Schäfer produit un effet propre et indépendant de l'excitation cutanée. Cet effet consiste dans la flexion des orteils à l'état normal comme à l'état pathologique ; 5° dans les cas d'hyperexcitabilité réflexe, les effets de l'excitation de la peau priment ceux du pincement du tendon, et la manœuvre de Schäfer peut produire seulement alors de l'extension des orteils ; mais il ne s'agit pas là d'un réflexe antagoniste.

(Progrès médical).

Hémiplegie organique et hémiplegie hystérique.

Par BABINSKI

Hémiplegie organique.

1° La paralysie est limitée à un côté du corps.

2° La paralysie n'est pas systématique. Si, par exemple, à la face les mouvements unilatéraux sont très affaiblis, l'impotence apparaît aussi avec netteté du côté de l'hémiplegie pendant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques.

3° La paralysie atteint les mouvements volontaires conscients, ainsi que les mouvements volontaires inconscients ou subconscients ; de là, résultent les deux phénomènes dont j'ai dénommé l'un le *signe du paucier*, l'autre la *flexion combinée de la cuisse et du tronc*.

4° La langue est en général légèrement déviée du côté de la paralysie.

5° Il y a, principalement au début, de l'*hypotonie musculaire*, qui peut se traduire à la face par de l'abaissement de la commissure, de l'abaissement du sourcil, etc., et au membre supérieur par le phénomène que j'ai appelé la *flexion exagérée de l'avant-bras*.

6° Les réflexes tendineux et les réflexes osseux sont souvent troublés dès le début ; ils peuvent être à ce moment abolis, affaiblis ou exagérés. Plus tard, ils sont presque toujours exagérés et il existe dans bien des cas de la trépidation épileptoïde du pied.

7° Les réflexes cutanés sont généralement troublés.

Le réflexe abdominal et le réflexe crémastérien sont ordinairement, surtout au début, affaiblis ou abolis.

Le mouvement réflexe des orteils consécutif à l'excitation de la plante du pied subit ordinairement une inversion dans sa forme ; les orteils, au lieu de se fléchir, s'étendent sur le métatarse. Ce signe auquel j'ai donné la dénomination de *phénomène des orteils*, appartient à toutes les périodes de l'hémiplégie.

8° La forme de la contracture a un aspect particulier et ne peut être reproduite par une contraction volontaire des muscles.

9° L'évolution est régulière ; la contracture succède à la flaccidité ; l'amélioration est progressive ; la paralysie n'est pas sujette à des alternatives en bien et en mal.

Hémiplégie hystérique.

1° La paralysie n'est pas toujours limitée à un côté du corps. Cette remarque s'applique particulièrement à la paralysie de la face, où les troubles sont généralement bilatéraux.

2° La paralysie est parfois systématique ; il en est presque toujours ainsi à la face. Par exemple, les mouvements unilatéraux de la face peuvent être complètement abolis, tandis que les muscles du côté de l'hémiplégie fonctionnent normalement pendant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques.

3° Les mouvements volontaires inconscients ou subconscients ne sont pas troublés : de là résultent l'absence du signe du peaucier, ainsi que l'absence de la flexion combinée de la cuisse et du tronc.

4° La langue est parfois légèrement déviée du côté de la paralysie, mais la déviation de la langue peut aussi être très prononcée, ou encore s'opérer du côté opposé à la paralysie.

5° Il n'y a pas d'hypotonie musculaire. Quand il existe de l'asymétrie faciale on peut reconnaître qu'elle est due, non à de l'hypotonie musculaire, mais à du spasme ; le signe de la flexion exagérée de l'avant-bras fait défaut.

6° Les réflexes tendineux et les réflexes osseux ne subissent pas de modification et la trépidation épileptoïde du pied fait défaut.

7° Les réflexes cutanés ne paraissent pas troublés.

Le réflexe abdominal et le réflexe crémastérien sont ordinairement normaux.

Le mouvement réflexe consécutif à l'excitation de la plante du pied ne subit pas d'inversion dans sa forme. Le phénomène des orteils fait défaut.

8° La forme de la contracture peut être reproduite par une contraction volontaire des muscles.

9° L'évolution est capricieuse ; la paralysie peut rester indéfiniment flasque, comme elle peut aussi être spasmodique dès le début ; les phénomènes spasmodiques s'associent parfois, surtout à la face, aux phénomènes paralytiques. Les troubles sont susceptibles de s'atténuer et de s'aggraver alternativement à plusieurs reprises, de se modifier rapidement dans leur intensité ainsi que dans leur forme, de présenter des rémissions transitoires pouvant ne durer que quelques instants.

(Gaz. des hôp.)

CHIRURGIE

Traitement opératoire des tumeurs malignes du gros intestin.

(Cong. Soc. All. Chir.)

M. Körte (de Berlin) présente 5 malades chez lesquels il a enlevé des cancers du gros intestin, depuis un laps de temps variant entre trois ans et huit ans et demi, sans qu'il se soit produit, jusqu'à présent, de récurrence.

Le nombre des cas observés par M. Körte est de 54, dont 43 d'opérés. Chez 19 malades, le siège du néoplasme était l'S iliaque ; chez 15, la région iléo-cæcale ; dans 8 cas, la tumeur occupait le côlon transverse, et, dans les autres observations, diverses parties du gros intestin.

Le diagnostic du cancer du côlon est beaucoup plus difficile que celui du cancer du rectum. Son symptôme le plus fréquent, la constipation, est trop banal pour avoir une grande valeur. L'évacuation de sang est plus significative. Mais le symptôme capital est constitué par les manifestations de rétrécissement, telles que contractions localisées et passagères de l'intestin, avec production du bruit caractéristique. Si ces signes se répètent d'une manière régulière, la laparotomie exploratrice est légitime alors même qu'on ne perçoit pas de tumeur à la palpation, le cancer de l'intestin échappant souvent à l'examen. On se décidera d'autant plus facilement à la laparotomie exploratrice que le traitement opératoire est indiqué dans toutes les affections produisant un rétrécissement du tube digestif. Le diagnostic différentiel envisagera, suivant les particularités de chaque cas, la tuberculose idéo-cæcale, une affection rénale, une tumeur des voies biliaires, de l'estomac ou de la rate.

Quant aux indications opératoires, la question de l'extirpation radicale ne peut être résolue, le plus souvent, qu'après l'ouverture de l'abdomen. On retiendra cependant que les tumeurs de la région iléo-cæcale permettent des indications opératoires plus larges que celles autres parties du gros intestin, en ce qui concerne la mobilité de la tumeur.

Le pronostic de l'intervention est toujours plus sombre quand le malade présente une obstruction intestinale complète. C'est ainsi que M. Körte eut 10 décès sur 25 malades atteints de cancer du gros intestin et amenés dans le service en état d'iléus.

L'intervention opératoire doit consister soit dans l'extirpation radicale du néoplasme, soit dans l'établissement d'une anastomose intestinale, soit enfin dans la colostomie. La première de ces interventions est représentée dans la statistique de M. Körte par 19 cas, dont 7 terminés par la mort, 6 résections iléo-cæcales n'ont amené aucun décès, bien qu'il se fût agi de tumeurs de parties peu mobiles. Du reste, cette dernière intervention est plus bénigne que l'ablation d'une autre partie du gros intestin. M. Körte a pratiqué, en effet, outre les cas qu'il vient de mentionner, 12 opérations de ce genre pour tuberculose et actinomycose, sans un seul décès.

Comme résultats éloignés de l'opération radicale du cancer, M. Körte compte 2 guérisons remontant à moins de 3 ans, 1 datant de 3 ans, et 4 de 5 ans à 8 ans $\frac{1}{2}$.

Pour ce qui est de l'entéro-anastomose, il l'a exécuté 12 fois avec 3 décès post-opératoires. Enfin, il a pratiqué 20 fois l'établissement d'un anus contra nature, avec 6 décès.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

La hanche bote.

Par M. PICQUÉ.

(Thèse de Lyon)

D'après M. Picqué, la hanche bote est la déformation du fémur qui consiste dans la diminution des angles d'inclinaison et de déclinaison du col.

Cette diminution résulte évidemment, pour l'inclinaison, d'un affaissement du col ; pour la déclinaison, elle est en rapport avec une torsion de la diaphyse fémorale autour de son axe.

La hanche bote est congénitale ou acquise. Dans le premier cas, elle résulte d'une malformation de l'extrémité supérieure du fémur ; dans le second cas, elle n'apparaît qu'à l'adolescence, à l'âge de la tarsalgie.

Elle se développe alors d'une façon insidieuse et sans cause appréciable, en dehors de toute trace de rachitisme, et se localise de préférence sur un fémur primitivement plus long que son homologue du côté opposé.

Elle a donc la signification d'un processus de compensation, affectant une extrémité osseuse qui subit, à la période de croissance l'influence de la surcharge du poids du corps, et tendant à s'opposer à la dissymétrie des membres inférieurs.

La hanche bote évolue en deux phases :

Une phase douloureuse, pendant laquelle la déformation en voie d'évolution provoque des phénomènes d'ostéo arthrite avec contracture, d'où résultent une notable limitation des mouvements et l'attitude du membre en adduction et rotation externe ;

Une période stationnaire et silencieuse, où toute irritation s'apaise, et où persistent des désordres fonctionnels uniquement.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

OBSTÉTRIQUE**Des rapports de l'hystéropexie avec la grossesse et l'accouchement**

(Soc. d'obs. de gyné. et de pédiat. de Paris.)

M. Richelot, — L'hystéropexie abdominale a certainement rendu des services. Au point de vue de l'efficacité du redressement et de sa permanence, les résultats ont été excellents chez toutes les opérées que M. Richelot a pu suivre. De plus, M. Richelot, au cours d'opérations pratiquées chez deux femmes qui avaient été hystéropexiées antérieurement, l'une par M. Delbet, l'autre par M. Lejars, a pu, dans les deux cas, constater la correction parfaite de la déviation de l'utérus rattaché à la paroi abdominale antérieure par une bride très solide de 2 à 3 centimètres de long.

Mais au point de vue de la disparition consécutive des douleurs, il faut faire des réserves ; même dans les cas où il n'y a pas de lésions annexielles, la rétroversion peut n'être pas seule en cause, et cela surtout chez les arthritiques nerveuses à gros utérus congestionné et sclérosé.

D'après les auteurs, l'hystéropexie abdominale serait très mauvaise pour les grossesses et les accouchements à venir. Mais n'a-t-on pas un peu exagéré ? Piras, dans sa thèse (1896), étudie la question et se montre assez optimiste. Il se demande si l'on n'a pas parfois attribué à l'hystéropexie certains accidents qui tenaient à d'autres causes.

La question de technique est ici capitale. Si l'on fixe l'utérus par son fond, on s'oppose ainsi à son ascension, et il est tout naturel qu'il en résulte avortements et accouchement prématurés. Le fond

de l'organe doit être laissé libre, il ne doit être fixé que par sa face antérieure et la grossesse pourra évoluer jusqu'à terme. D'autre part, dans certains cas, ce n'est que parce que l'on a fait disparaître l'attitude vicieuse de l'utérus, que la grossesse a été possible. Et cette grossesse, que l'hystéropexie a fait naître, suivra son cours normal si la technique suivie a été bonne. Mais en sera-t-il toujours ainsi ? M. Richelot ne croit pas pouvoir l'affirmer.

L'hystéropexie vaginale bien faite met l'utérus dans une position plus naturelle que l'hystéropexie abdominale, mais elle est infiniment plus difficile à faire surtout dans certains vagins étroits. Le chirurgien, ne pouvant pas toujours faire accepter la laparotomie, est cependant, dans certains cas, bien aise de pouvoir intervenir par la voie vaginale.

Au point de vue obstétrical, l'hystéropexie vaginale aurait souvent eu une influence des plus fâcheuses. La statistique est encore plus mauvaise que pour l'hystéropexie abdominal. Cela tient à la technique détestable qui a été suivie, et cela surtout en Allemagne.

M. Richelot a pratiqué en tout dix hystéropexies vaginales. Il n'a qu'une observation de grossesse consécutive qui évolua jusqu'à terme. La femme, présentant un rétrécissement du bassin, fut symphyséotomisée à Saint-Louis par M. Baudron. Au cours de l'opération, il se produisit une déchirure au niveau de l'ancienne cicatrice. Les suites furent heureuses pour la mère et l'enfant.

Au point de vue obstétrical, ici, comme pour l'hystéropexie abdominale, la question de technique est capitale. Mais, malheureusement, même dans les cas où cette dernière aura été bonne, on ne saurait affirmer que tout ira toujours bien.

L'opération d'Alexander doit avoir sur les grossesses ultérieures une influence beaucoup moins nocive, mais c'est une opération aveugle. On ne peut voir ni ce qu'il y a, ni ce que l'on fait. Si, au point de vue du maintien de l'utérus, elle a donné des succès, bien souvent il se produit un allongement des ligaments ronds, et consécutivement une récurrence de la rétroversion.

Il existe cependant un procédé de raccourcissement des ligaments ronds qui a les avantages de l'opération d'Alexander sans en avoir les inconvénients, c'est celui auquel M. Doléris a donné le nom de procédé de raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale. On opère à ciel ouvert puisqu'on commence par faire la laparotomie. On peut donc voir et contrôler, rompre des adhérences s'il en existe. On saisit les ligaments ronds à 3 ou 4 centimètres des cornes utérines, en ce point ils forment une corne toujours solide et on les fixe à l'angle inférieur de la plaie abdominale. L'utérus est ainsi placé dans une position absolument physiologique et il semble, *a priori*, que cette intervention ne puisse en aucune façon entraver la marche des grossesses et des accouchements ultérieurs.

M. Richelot a pratiqué cinq fois cette opération. Elle est simple, très facile, et paraît vraiment se rapprocher de la perfection.

M. Legueu, qui n'a jamais pratiqué d'hystéropexie vaginale a eu l'occasion de faire dix à douze hystéropexies abdominales.

Il rapporte l'observation d'une femme hystéropexiée dans un autre service et chez laquelle la rétroversion s'était reproduite, l'utérus entraînant dans son mouvement de recul le péritoine antérieur. Dans le débat actuel il ne peut être évidemment question que des hystéropexies qui tiennent.

Parmi les opérées de M. Legueu qui ont été revues, trois sont devenues enceintes, ce qui semble prouver que l'hystéropexie favorise plutôt la conception. Toutes ces grossesses ont évolué jusqu'à terme. Deux fois il y a eu des douleurs liées au tiraillement des attaches utérines. L'enfant s'est présenté une fois sur l'épaule, et cela chez une femme dont les sept accouchements antérieurs s'étaient effectués par le sommet. Cette présentation vicieuse, qui a été réduite par manœuvres externes et a nécessité l'emploi de la ceinture eutocique, semble bien avoir été ici la conséquence de l'in-

tervention. Enfin, chez une autre, le travail très prolongé a dû être terminé par une application de forceps.

M. Leguen insiste également sur l'importance qu'il y a dans ces opérations, à laisser libre le fond de l'utérus que l'on ne doit fixer que par sa face antérieure. Il déclare d'ailleurs ne plus jamais recourir à l'hystéropexie abdominale, opération à laquelle il a définitivement renoncé. Il rejette également l'opération d'Alexander à la suite de laquelle on a vu trop souvent récidiver la rétroversion. Comme M. Richelot, il donne la préférence au raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Indications du toucher intra-utérin.

Dans les cas de rétention placentaire, de même que dans tous les cas où nous soupçonnons la présence d'une tumeur intra-utérine ; de quelque nature qu'elle soit, dit Godart, il est indiqué, avant d'employer la curette, d'ouvrir largement le col au moyen des dilatateurs de Hégar, et au besoin en pratiquant la dissection cervicale. Nous avons alors une porte bien ouverte qui permet de faire le toucher intra-utérin et se rendre un compte exact de la situation, de la consistance et par là de la nature précise de la tumeur à extirper.

C'est à B.-S. Schultze que nous devons ce procédé d'examen. Sânger a, dans le *Centralblatt für Gynäkologie*, rappelé l'attention des gynécologues sur le toucher intra-utérin comme premier temps du curettage. Chez les multipares cette opération préliminaire n'offre aucune difficulté d'exécution, la dilatation par les tiges de Hégar suffit à livrer passage au doigt explorateur. Mais dans beaucoup de cas où l'étroitesse du col forme un obstacle sérieux, la dilatation rapide n'est pas sans danger, on doit alors procéder lentement et commencer par l'introduction de fines tiges de laminaire. Banga, de Chicago, a fortement prôné ce moyen de diagnostic. Assurément les dangers d'infection par le laminaire ont bien diminué depuis que nous parvenons à le stériliser complètement.

L'examen digital augmente la valeur de notre diagnostic en précisant ce que le curettage explorateur et l'examen microscopique nous donnent ; la sonde comme moyen d'exploration est insuffisante et n'offre jamais la délicatesse du doigt lui-même. Quand la rétention placentaire s'accompagne de fièvre ou de putréfaction des débris, il y a danger d'employer les laminaires qui ferment complètement le col et exposent aux reflux septique vers les trompes. La dilatation par les tiges de Hégar suffirait dans presque tous les cas.

Une autre indication du toucher utérin est la présence de myomes ; on pourra préciser la situation des noyaux fibreux et, dans certains cas, éviter l'hystérectomie. On aura alors la ressource d'user de l'hystérotomie antérieure de Doyen.

Quand un ou plusieurs curettages ont été faits sans résultats, il faut absolument par le toucher direct s'assurer de l'état de la cavité utérine.

Dans les cas de tumeur maligne non accessible par les moyens ordinaires d'investigation, le doigt sera encore notre meilleur guide pour le diagnostic.

La narcose est absolument nécessaire, hormis les cas d'avortements récents chez les pluripares dont le col est très ouvert.

Notons encore le procédé recommandé par Sânger pour la dé-

sinfection des laminaires : on les plonge pendant une minute dans une solution de d'acide carbolique à 5 p. c., puis on les conserve dans une solution d'éther iodoformé. Avant leur emploi, il suffit de les laver dans une solution sodique à 1 p. c. bouillante. Tant qu'il n'y a ni fièvre ni petitesse du pouls, les laminaires peuvent rester dans le col préalablement désinfecté.

(J. de méd. de Paris).

THERAPEUTIQUE

La strophantine dans les affections cardiaques.

(ROTHZIEGEL.)

La dose quotidienne employée est de 1/2 à 5 milligrammes. L'auteur prescrit la strophantine de la façon suivante :

Stropantine..... 3 à 5 millig.

Eau distillée ou eau de laurier-cerise... 10 grammes.

De 10 à 20 gouttes toutes les 2 heures.

ou bien en capsules contenant chacune trois dixième de milligramme, ou bien enfin en injections hypodermiques à la dose de 1/2 milligramme.

Nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

1) Le système circulatoire est toujours favorablement influencé par l'action du médicament. Le pouls se relève et se régularise, même après les petites doses et dans un temps très court. L'action se continue longtemps et persiste même encore quelques jours après la cessation du médicament.

2) Les affections cardiaques accompagnées de dyspnée et de palpitations sont très manifestement améliorées.

Les troubles respiratoires s'amendent les premiers. Les palpitations nerveuses ne paraissent pas être influencées d'une façon durable par la strophantine,

3) La sécrétion urinaire augmente dans les cas où l'oligurie dépend d'insuffisance cardiaque. Mais cette diurèse ne survient que tardivement, après un long usage du médicament. La quantité d'urine n'est pas aussi élevée qu'après l'action de la digitale ou de la teinture des trophantus. La diurèse persiste après la cessation du médicament, elle semble être en rapport avec l'élévation de tension et ne pas résulter de modifications du côté du rein. Jamais nous n'avons constaté de symptômes inflammatoires de ce dernier organe.

4) Des troubles gastriques n'apparaissent qu'après un très long usage du médicament. Dans ces cas même, la strophantine en capsules est encore très bien tolérée. Par contre, l'effet le plus habituel est une augmentation de l'appétit avec selles normales. La sécrétion sudorale ne subit aucune modification.

5) Le système nerveux ne présente, comme modifications avantagieuses, que celles résultant de la régularisation du travail cardiaque.

6) L'emploi de la strophantine peut être continué sans inconvénients pendant trois semaines. Il n'y a, en effet, pas de dangers résultant de l'accumulation.

7) La voie hypodermique ne présente aucun danger local et agit très rapidement et très énergiquement.

8) La teinture agit d'une façon plus sûre, plus rapide et plus énergique que la strophantine. Cette dernière cependant produit mieux la diurèse. Dans les cas où la teinture de strophantine, la

digitale, et les autres médicaments cardiaques ne peuvent être employés, ou bien ne produisent aucun effet, la strophantine peut encore donner de bons résultats.

(J. méd. de Paris)

Maladies nerveuses

Le sommeil et ses accidents.

Par G. KELLE (Thèse de Paris)

M. Kelle définit le sommeil : l'abolition de la coordination normale des fonctions de relation des fonctions de l'état de veille.

Il étudie surtout les accidents : 1° le rêve : réminiscence d'images jadis perçues qui viennent frapper l'imagination pendant le sommeil. Les rêves dépendent de l'état de l'organisme assez souvent, ils sont des mobiles de réflexes et durent un temps que nous exagérons ;

2° Le cauchemar est un rêve terrifiant, qui nous réveille ; il est chez l'homme sain l'indication d'un état défectueux, tout au moins passager de l'organisme.

3° Le somnambulisme est l'état dans lequel se trouvent certaines personnes pendant le sommeil : elles agissent sans s'en souvenir au réveil. Le somnambule voit ce que son idée lui fait voir. C'est un cachet du nervosisme, particulièrement de l'hystérie.

Souvent nous avons des insomnies. L'insomnie est produite par les excitations de toutes sortes (boissons, excitations cérébrales, infections microbiennes, masturbation, idées fixes).

Les candidats à l'épilepsie comme à l'hystérie ont pendant le sommeil des frayeurs nocturnes, des rêves, des cauchemars.

Les candidats à l'hystérie ont des actes de somnambulisme, des insomnies qui se rencontrent après les cauchemars.

Les néo-hystériques ont le sommeil léger, les néo-épileptiques ont le sommeil lourd.

Les diverses maladies, les accidents physiologiques de la vie font voir les accidents du sommeil chez les prédisposés aux névroses.

Les épileptiques, en général, ont des attaques fort jeunes qu'il ne faut pas comprendre avec des frayeurs nocturnes. Les rêves et les cauchemars se montrent chez eux, mais ces derniers ne sont pas suivis d'insomnie, pas plus qu'ils ne l'étaient avant l'apparition des crises.

Ce qui caractérise surtout le sommeil de l'épileptique c'est sa force, sa ténacité, sa longueur. Il semble que l'épileptique soit né " fatigué ".

On ne rencontre pas de somnambulisme chez l'épileptique : si un épileptique présente des cas de somnambulisme, il faut rechercher chez lui l'hystérie.

L'hystérie se montre dès le jeune âge sous une forme larvée accompagnée de troubles du sommeil (peu, incontinence d'urine, etc.)

Dans la grande hystérie, les troubles du sommeil sont considérables : excitation persistante, insomnies, rêves, cauchemars, somnambulisme.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Les injections de serum artificiel en psychiatrie.

On sait que depuis longtemps un certain nombre d'auteurs, et en particulier M. Pierret (de Lyon), font jouer un grand rôle aux

infections et intoxications dans la genèse des troubles mentaux. En prenant pour point de départ cette conception pathogénique, M. Jacquin, chef de clinique mentale à l'université de Lyon, a eu l'idée d'essayer méthodiquement en psychiatrie ces injections de sérum qui donnent de si merveilleux résultats dans la thérapeutique des maladies infectieuses.

Comme il nous le dit lui-même, son travail vient former le complément d'un article de M. Callerre, publié pendant qu'il faisait lui-même ses recherches.

Avant ces travaux, l'utilité des injections de sérum dans certains troubles mentaux avait été seulement indiquée par MM. Chéron et de Fleury, Mairet et Virès, Toulouse, Régis, Chaslin et Séglas Feuillade et tout récemment par M. Masbrenier.

Sans s'attarder longtemps sur le *manuel opératoire* qui est maintenant suffisamment connu de tous, M. Jacquin conseille cependant dans la pratique courante un procédé très simple et à la portée de tous ; un trocart fin de l'appareil Potain, un tube en caoutchouc, un entonnoir de verre ou une seringue à hydrocèle préalablement désinfectée suffiront pour l'injection dans les régions riches en tissu cellulaire. La formule employée est celle dite de Hayem, qui est une dissolution de 7 grammes de sel ordinaire (sel de cuisine), dans un litre d'eau stérilisée.

Ce procédé est d'une application facile ; nous retrouvons ici les mêmes avantages souvent signalés à propos des injections sous-cutanées de calomel.

Les pilules, les liquides, les cachets, etc., sont souvent refusés par les aliénés, et ces modes de traitement échappent à tout contrôle. Les injections sous-cutanées ne peuvent entraîner d'accident, elles constituent donc une méthode de choix chez les aliénés.

Quel que soit le *mode d'action* que l'on admette pour les injections de sérum, l'application ne change pas.

À la suite des injections de sérum artificiel aidées de lavements purgatifs, d'antiseptiques intestinaux, etc., l'urination devient normale, la constipation cesse, l'état général s'il était mauvais se modifie, la température tombe, les troubles mentaux disparaissent.

Les observations de M. Jacquin lui ont montré que le sérum agit plus par la quantité que par la qualité. Il fixe cette quantité entre 300 et 500 grammes et sauf quelques rares contre-indications déterminées par l'état du cœur ou du rein, les injections peuvent être prolongées impunément.

Elles sont indiquées, dans tous les cas où les troubles mentaux paraissent liés à des infections, à des auto-intoxications, c'est-à-dire à un empoisonnement de l'organisme et par suite du cerveau, soit par les microbes, soit par leurs produits de sécrétion, soit par des substances toxiques résultant de la formation exagérée ou de l'insuffisance d'élimination des poisons normaux.

Les folies des maladies aiguës infectieuses, délires fébriles, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, grippe, état puerpéral, psychoses post-opératoires sont autant d'indications.

De même la folie urémique, hépatique. M. Jacquin a également obtenu un succès dans l'épilepsie. Ce fait isolé mérite confirmation.

Chez les chroniques, on pourrait peut-être aussi avoir recours au sérum.

On le voit, cette méthode mérite d'être prise en considération, et d'être étudiée sérieusement avant d'occuper la place qu'elle semble mériter en thérapeutique mentale.

(Gaz. des hôpitaux.)

PEDIATRIE

Inflammation gommeuse du muscle sterno-mastoidien
chez les nouveau-nés.

Par M. F. SGHERA.

L'auteur mentionne tout d'abord l'opinion de Quisting, d'après laquelle il ne faut pas considérer la syphilis congénitale comme la cause des tumeurs en question.

Il en résulte, que la syphilis congénitale peut coexister avec les tumeurs citées. Voici les principales théories, qui ont été émises à ce propos :

1° D'après M. Stromeyer c'est le traumatisme du muscle sterno-mastoidien, qui se produit pendant l'accouchement. Il en résulte une inflammation du tissu musculaire, dont les produits s'organisent rapidement. Ces produits sont le substratum des infiltrations dures et fibrineuses dans le muscle, qui ont pour effet une rétraction du muscle même, ou le torticolis ;

2° D'après Petersen, il s'agit d'une maladie congénitale qui n'est pas causée par un traumatisme pendant l'acte de l'accouchement. A la suite d'une présentation transversale de la tête et d'une fixation précoce de la tête dans le détroit supérieur du bassin, les extrémités du muscle cité s'approchent, le muscle se rétracte et cause le torticolis déjà pendant la vie fœtale ;

3° D'après Mikulicz-Kader la rétraction musculaire résulte ici du traumatisme et du procès inflammatoire d'origine toxique et microbienne. Cette myosite infectieuse aiguë a pour conséquences ou bien un abcès, ou bien l'infiltration citée ci-dessous.

L'auteur cite ensuite les cas, observés par lui-même. La théorie de Mikulicz-Kader, lui paraît la plus vraisemblable. Dans deux cas où l'on a observé des abcès dans les muscles cités, il s'agissait en même temps d'une maladie du tractus gastro-intestinal et d'une affection phlegmoneuse de la peau. Dans un de ces cas on a pu constater pendant la vie, dans le pus et dans le sang, des staphylococci. Il se peut que le microbe ait été transporté par la voie lymphatique et par le sang dans le muscle sterno mastoidien, lésé pendant l'acte de l'accouchement. Dans deux cas de syphilis congénitale l'examen microscopique a relevé dans une tumeur du muscle sterno mastoidien un syphilome récent et dans l'autre tumeur un syphilome organisé. L'auteur croit, que dans des cas semblables, il précède toujours un traumatisme plus ou moins important du muscle cité, et quand il s'agit des enfants syphilitiques, ce sont des agents syphilitiques qui produisent dans le muscle lésé comme dans un "locus minoris resistentiæ" une myosite interstitielle syphilitique ou le syphilome.

(Gaz. hebd. méd et chir.)

De l'augmentation brusque de poids de certains enfants dans
les jours qui précèdent la mort.

Par M. BUDIN (Soc. obstét. Paris)

On sait que la courbe de poids des nouveau nés est un précieux élément qui sert à établir l'état de santé du nourrisson. Quelquefois cependant, on peut se tromper, et si l'on examinait que la courbe, croire à un développement normal quand l'enfant va mal. Dans une première catégorie de cas, l'enfant augmente d'une façon régulière et cependant il est atteint d'une infection quelconque (bronchite, grippe), et il meurt sans avoir diminué de poids. Dans une deuxième variété de cas, il y a une augmentation brusque de poids

qui précède la mort. Ce sont des nourrissons malades dont la courbe alimentaire était mauvaise depuis quelque temps, puis qui prennent tout d'un coup plusieurs centaines de grammes en quelques jours. La ligne, au lieu d'être descendante en escalier, devient brusquement ascendante et verticale. Cette augmentation de poids est un indice certain de mort prochaine.

M. Budin a cherché la cause de cette anomalie sans trouver d'explications suffisantes. Il est possible que par un examen anatomique complet des organes en pourra arriver à éclairer la question.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Maladies veneriennes

Caracteres generaux du chancre syphilitique.

Par Dr HALLOPEAU et Dr LEBEDDE.

(Suite)

VARIATIONS RÉGIONALES. — Le chancre du gland est généralement petit : son induration est peu épaisse, lamelleuse, en "carte de visite" (Fournier).

Le chancre de la rainure balano-préputiale est souvent un chancre fissuraire allongé ; on peut en percevoir l'induration en palpant la région sans découvrir le gland ; ou bien, il s'étend sur la face interne du prépuce et, quand on fait décalotter le malade, il y a un moment d'arrêt lorsqu'on arrive sur le chancre, puis, brusquement celui-ci est mis à découvert. Parfois, l'induration est excessive ; elle forme une véritable plaie au-dessus de la rainure.

Le chancre du filet empiète souvent sur le gland ; il se traduit par une érosion ou une simple fissure limitée au filet, tandis que l'induration s'étend sur le gland.

Le chancre de l'extrémité libre du prépuce est souvent allongé et ulcéré régulièrement à sa surface. Tous les chancres de ces régions, prépuce, filet, rainure balano-préputiale, gland même, se compliquent fréquemment d'un œdème assez intense pour amener un phimosis qu'on ne peut réduire ; cet œdème s'étend sur le fourreau ; la verge prend la forme en "battant de cloche" ; par le palper, on sent une induration, et quelquefois des nodules lymphatiques durs en dehors d'elle.

Le chancre du fourreau tend à entourer la verge et a souvent une forme allongée, elliptique. En raison de son étendue et de son caractère superficiel, l'induration y est souvent peu appréciable. Les bords sont fréquemment élevés et le fond pultacé.

Les chancres du méat et de l'extrémité de l'urèthre peuvent passer inaperçus ; cependant, ils sont souvent douloureux ; au palper, on constate de l'induration, et, en ouvrant le méat, on peut voir une rougeur sombre, un état vernissé ; on a observé simultanément un œdème considérable du gland. Parfois, l'infection de la surface du chancre, qui se révèle par des douleurs, amène également une suppuration, même abondante au point de simuler une blennorrhagie ; à la suite, le méat peut être déformé, élargi ou rétréci. Par un même mécanisme, le chancre uréthral peut être suivi de rétrécissement.

Les chancres des grandes lèvres amènent fréquemment un œdème intense, une déformation considérable de la région. Ils s'accompagnent fréquemment d'une induration étendue en largeur et en profondeur, sans limites précises.

Aux petites lèvres, le chancre est généralement petit, même nain. Parfois, elles sont entièrement envahies par l'infiltration dure.

Le chancre du méat s'ulcère aisément, et détermine un œdème du voisinage qui lui fait perdre ses caractères.

Le chancre du vagin est rare ; celui du col est au contraire fréquent. Il se présente sous la forme d'une exulcération régulière, lisse, de couleur pâle ou recouverte d'un enduit pultacé, blanc, gris ou jaunâtre, souvent limitée par une colerette sanguine ; elle occupe habituellement une des lèvres de l'orifice utérin ; plus rarement, elle l'entoure. Au doigt, on perçoit, quand on peut faire une palpation exacte, une induration manifeste. Au cours de son évolution, ce chancre devient parfois végétant et s'ulcère.

Le chancre de l'anus est souvent petit, caché au fond des plis radiés qu'il faut déplier pour le voir ; il se présente sous la forme d'une exulcération allongée, étroite, à bords résistants. Il peut se développer sur des hémorroïdes. Par exception, on le voit très large ; l'induration s'étend alors vers la peau.

Les caractères des chancres intra-anal et rectal sont ceux du chancre classique. On n'admet plus qu'ils produisent des rétrécissements.

Le chancre mammaire occupe de préférence le mamelon de l'aréole. En dehors de la lactation, il peut offrir le type écthymateux (Jullien). Chez les nourrices, le chancre peut être bilatéral ; il est rarement croûteux ; l'érosion est à nu. Ce chancre érotif peut être papuleux et former ainsi une saillie de 2 à 3 millimètres ; il peut entamer légèrement le derme au lieu de l'effleurer ; il est alors exulcéreux. On en a observé aussi une forme nettement ulcéreuse. Ces chancres peuvent offrir des variétés de configuration ; c'est ainsi que A. Fournier décrit un chancre en fer à cheval ou seminaire et un chancre fissuraire du mamelon ; ce dernier peut former à la base de cet organe, une longue bande semi-lunaire, érosive ou ulcéreuse, occupant une partie plus ou moins étendue de sa circonférence ; cette rhagade ulcéreuse peut offrir la disposition en feuille de livre ; parfois, elle décolle partiellement le mamelon. Ces chancres mammaires sont, d'après A. Fournier, multiples, dans environ un tiers des cas ; de Beurmann en a observé jusqu'à vingt-cinq : en pareils cas, ils sont petits et superficiels. Les chancres mammaires peuvent devenir phagédéniques et s'étendre alors, soit en surface, soit en profondeur.

Le chancre labial occupe surtout la ligne médiane. Il est croûteux quand il intéresse la partie cutanée de la lèvre ; cette croûte peut être rupioïde. Parfois, c'est un chancre nain ; en général, l'induration est très marquée, profonde ; elle s'accompagne d'un œdème diffus qui soulève le chancre ; celui-ci prend une forme convexe ; il peut simuler une tumeur. Aux commissures, il s'étend moins ; on y observe surtout le type fissuraire. Aux gencives, le chancre est généralement petit ; l'érosion a la forme d'un fer à cheval qui embrasse la dent.

Le chancre de la langue atteint de préférence les bords de l'organe ; il s'accompagne d'une induration très profonde et très résistante ou bien il simule une plaque muqueuse un peu large, ne s'en distinguant que par l'induration sous-jacente. On peut le confondre également avec une ulcération tuberculeuse ; celle-ci en diffère par l'irrégularité et le décollement de ses bords, les anfractuosités et la couleur jaunâtre de sa surface, l'absence d'induration (ce signe n'est pas constant), l'existence des nodules de Féréol, petites tumeurs tubéreuses distribuées au pourtour de l'ulcère, et des points jaunes de Trélat : La recherche du bacille et les résultats des inoculations pourraient, s'il était nécessaire, écarter tous les doutes.

Nous savons aujourd'hui que le chancre de l'amygdale est commun, mais reste souvent méconnu. Dans sa forme typique, c'est une ulcération régulière, à bords réguliers ; sa surface est d'une couleur jaunâtre ; elle repose sur une base dure. On l'a vue être profonde pour simuler une gomme ou un épithéliome. On peut observer au contraire une hypertrophie extrême de l'amygdale — quel-

quefois elle se recouvre de fausses membranes — simulant une amygdale vulgaire ou diphtérique. L'erreur est d'autant plus facile que les adénopathies peuvent être multiples et qu'il peut se produire des troubles de la santé générale avec réaction fébrile. On pourra parvenir au diagnostic si l'on considère que l'invasion de la maladie est moins rapide, que les lésions sont unilatérales, que l'évolution est plus lente ; la recherche du bacille de Lœffler évitera toute confusion avec la diphtérie.

Le chancre de la paupière supérieure en amène la chute et par conséquent l'occlusion possible de l'œil. On connaît quelques exemples de chancre de la conjonctive bulbaire. Dans tous ces faits, l'adénopathie est pré-auriculaire.

Aux doigts, les chancres de la base de l'ongle ont une forme semi lunaire dont la concavité embrasse l'ongle ; quelquefois, les chancres des extrémités se compliquent de réaction inflammatoire et peuvent faire penser à un panaris. L'extension du chancre sous l'ongle amène souvent de vives douleurs ; cet organe devient le siège d'une dystrophie qui peut être indélébile.

Les chancres du cou peuvent être également très volumineux ; nous les avons vus prendre la forme d'ovales à grand diamètre transversal.

(G. des hôp.)

Coryza syphilitique chez le nouveau-né:

Par L. CHAUVEAU.

Une des manifestations les plus fréquentes de l'hérédosyphilis. Il peut se montrer dès la première semaine et est en général accompagné d'autres stigmates d'hérédosyphilis à la plante des pieds, aux paumes des mains, autour de l'anus, des organes génitaux. Mais il faut bien savoir que le coryza peut se montrer longtemps avant toute autre manifestation spécifique, il importe d'autant plus de reconnaître alors sa véritable nature qu'un traitement approprié pourra prévenir l'apparition d'autres symptômes.

On doit toujours chez un nouveau-né soupçonner spécifique un coryza qui ne s'amende pas par les moyens de traitement ordinaire, sans présenter d'ailleurs au début aucun caractère particulier. Mais au bout de quelques jours l'erreur ne sera plus possible ; l'écoulement, d'abord muqueux, devient muco-purulent puis franchement purulent, souvent fétide et sanguinolent. Les méats sont encombrés de croûtes humides, striées de sang. Quand on les a enlevées, la muqueuse paraît seulement congestionnée, il est rare que l'on y voit des ulcérations au moins au début.

L'entrée des narines est tuméfiée, rouge, striée de fissures verticales sur lesquelles coule le muco-pus qui vient du nez.

Les lésions n'ont aucune tendance à la guérison spontanée. Abandonnées à elles-mêmes, elles déterminent une obstruction de plus en plus complète du nez, l'enfant s'intoxique en résorbant ou en déglutissant des produits septiques qui encombreront ses fosses nasales, et si d'autres accidents de même origine ne viennent pas hâter le dénouement, la muqueuse nasale s'ulcère, l'infection gagne les parties profondes et dépasse même les plans osseux pour arriver aux méninges.

Le traitement sera à la fois local et général :

a) Local. — On s'efforcera de désobstruer le nez, par les procédés que nous avons déjà indiqués. Introduction de pommade ou instillations d'huiles en s'aidant au besoin de la douche d'air. Mais ce traitement local n'aura aucune influence sur l'évolution des lésions nasales, sur lesquelles, au contraire, le traitement général agira très rapidement.

b) *Général.* — On fera chaque jour des frictions avec 1 gramme d'onguent napolitain, on ne permettra bien entendu que l'allaitement au biberon ou par la mère qui sera soumise au traitement classique par l'iodure de potassium. Ce traitement agira le plus souvent avec une grande rapidité, dès les premiers jours les sécrétions nasales changeront d'aspect, deviendront muqueuses, puis se tariront complètement en même temps que la perméabilité nasale se rétablira.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Abcès retro-pharyngiens du nouveau-né.

Par M. CHAUVÉAU.

Les abcès rétro-pharyngiens ne déterminent l'obstruction du nez que lorsqu'ils sont développés à la partie supérieure du pharynx. Placés plus bas ils déterminent de la gêne respiratoire sans symptômes spéciaux du côté du nez.

En règle générale il faut toujours pratiquer l'examen de la gorge chez un nouveau-né qui ne respire pas par le nez. Cet examen devient tout à fait indispensable quand certains symptômes viennent mettre sur la voie du diagnostic. L'enfant chez lequel se développe un abcès rétro-pharyngien présente tout d'abord, en général, de la répugnance à téter. Il prend le sein avec avidité parce qu'il a faim, mais il le lâche immédiatement en poussant des cris, chaque mouvement de déglutition provoquant une vive douleur. En même temps il y a de la fièvre, et l'enfant dépérit avec une grande rapidité.

Dans les abcès haut situés, les seuls intéressants au point de vue spécial qui nous occupe, l'entrave apportée à l'alimentation est encore augmentée parce que la petite quantité de lait que l'enfant essaye de déglutir revient par le nez. En présence de ces symptômes si caractéristiques, il faut examiner immédiatement le fond de la gorge, car il importe de faire de bonne heure un diagnostic précis et d'intervenir aussitôt.

Cet examen est parfois difficile chez le nouveau-né. Le voile du palais semble descendre très bas à cause du faible développement des dimensions verticales de la bouche par rapport à ses dimensions transversales, son bord libre vient effleurer la base de la langue, et il faut déprimer très fortement celle-ci pour arriver à voir la paroi postérieure du pharynx. Ce mouvement d'abaissement détermine immédiatement des nausées et des quintes de toux qui projettent dans l'arrière-bouche des mucosités ou du lait venant de l'estomac, et cela ne contribue pas à faciliter l'observation. Mais en ayant soin de pratiquer l'examen le plus longtemps possible après une tétée, on surmontera sans peine ces petits obstacles.

Cet examen ne devra pas être négligé, même lorsqu'il existe des lésions superficielles qui semblent suffisantes à elles seules pour expliquer l'obstruction nasale. Souvent, en effet l'adéno-pathie rétro-pharyngienne est en rapport avec une infection partie de l'orifice des fosses nasales ou des fosses nasales elles mêmes.

La tuméfaction se présentera à l'œil avec des caractères variables, suivant la situation qu'elle occupe. Elle pourra être haut située, près de la ligne médiane, mais les symptômes nasaux apparaîtront dès que son bord supérieur dépassera le bord libre du voile du palais. La muqueuse qui la recouvre est parfois rouge, lisse et comme tendue, mais bien souvent elle ne présente pas de caractères spéciaux, ou bien ceux-ci sont masqués par les mucosités qui tapissent le pharynx.

Est-elle médiane, la tuméfaction pourra arriver au contact du

voile du palais, repousser même celui-ci en avant si on lui laisse le temps d'acquiescer un volume considérable.

Est-elle latérale, le pharynx semble asymétrique, il bombe fortement d'un côté et l'amygdale semble projetée en avant avec ses piliers.

Inutile de faire aucune exploration avec le doigt qui, dans le cas des abcès supérieurs qui nous occupent, n'ajouterait aucune donnée à celles fournies par la vue.

Le diagnostic s'impose quand l'examen est pratiqué, il doit être fait le plus tôt possible parce que la rapidité de l'intervention dépend le salut de l'enfant.

Dans tous les cas d'abcès supérieurs, qu'ils soient médians ou latéraux, l'incision devra être faite par la bouche. On fera maintenir l'enfant comme pour un examen. Si l'on est pas assez sûr de son aide pour être certain que l'enfant sera bien immobilisé, il sera bon d'entourer de diachylon les deux tiers postérieurs de la lame du bistouri pour éviter de blesser la langue ou les lèvres. L'incision devra intéresser de haut en bas toute l'étendue de la partie abcédée il importe de ne pas laisser, en bas surtout, de clapier qui pourrait entretenir une fistule ou même être l'origine de véritables récurrences. L'incision donne issue à un flot de pus toujours horriblement fétide comme le pus de tous les abcès développés au voisinage du tube digestif. Pour éviter sa pénétration dans les voies digestives ou respiratoires, on fera immédiatement pencher en avant la tête de l'enfant. Si malgré cela il y avait menace de suffocation, il suffirait de prendre l'enfant par les pieds et de le tenir suspendu la tête en bas pendant quelques instants pour voir bientôt tout rentrer dans l'ordre.

Les bons effets de l'intervention se manifestent immédiatement à moins que l'enfant ne soit arrivé au dernier terme de la cachexie, la respiration se rétablit, les tétées se font normalement.

Mais il est nécessaire de revoir tous les jours le petit malade jusqu'à fermeture complète de l'orifice. Souvent en effet celui-ci ou bien n'a pas été assez largement fait, ou bien se referme trop vite, et les signes de rétention se reproduisent. Il suffira en général, à la première alerte, d'agrandir l'orifice à la sonde cannelée. Nous n'avons jamais vu chez les enfants ainsi surveillés une deuxième incision devenir nécessaire.

En tout cas, il faudra toujours rechercher avec grand soin la lésion de la pituitaire ou de la muqueuse du pharynx qui a servi de porte d'entrée aux microbes qui sont allés coloniser dans les ganglions de Gillette et les traiter pour éviter de nouvelles infections.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

NECROLOGIE

Mademoiselle Blanche Desrochers, âgée de 21 ans, est décédée ces jours derniers; elle était la fille unique de M. le docteur Basile Desrochers, de St-François, Beauce.

Nos condoléances à la famille.

En cette ville, le 28 mai dernier, à l'âge 5 mois et 25 jours, Joseph-Adrien, enfant de A. H. Denis, M. D.

NAISSANCES. — Le 26 mai dernier, l'épouse de M. le docteur Chouinard, de St-Isidore de Laprairie, une fille.

— Le 18 mai, à St-Jovite, Québec, l'épouse de M. le docteur E. Gervais, une fille.

SOMMAIRE

	PAGES
TRAVAUX ORIGINAUX	
Traumatisme de l'œil. Blessure de la cornée-irido-cyclite. Opération de Critchett — Une polydinique Canadienne-française.....	401
REVUE DES JOURNAUX	
Mémoires : Les affections cérébrales au cours de la coqueluche — Pseudo-hydro-néphrose traumatique.....	403
CHIRURGIE : L'inondation péritonéale — Traitement de la névralgie faciale par la résection du ganglion cervical supérieur de sympathique — Lésions chirurgicales du testicule avec accidents nerveux — Fracture du cubitus par cause directe — Des tumeurs inflammatoires de l'épiploon — Les effets de la résection de l'épiploon et du mésentère — Les grands prolapsus rectaux.....	403
THERAPEUTIQUE : Les compresses d'alcool comme traitement du péritonisme et des coliques appendiculaires.....	405
GYNÉCOLOGIE : Le traitement des cancers inopérables de l'utérus.....	405
MALADIES NERVEUSES : L'épilepsie toxi-alimentaire.....	405
PÉDIATRIE : Lésions du foie chez les enfants — Traitement du spina-bifida — Contribution à l'étiologie de gastro-entérite aiguë des nouveau-nés.....	406
MALADIES VÉNÉRIENNES : De l'anémie syphilitique.....	407
FORMULAIRE.....	407
BIBLIOGRAPHIE.....	407
NOUVELLES.....	408
NECROLOGIE.....	408

Travaux Originaux

Traumatismes de l'œil.

Dr JÉHIN PRUMS (Ancien chef de clinique de Paris)

Série d'observations.

Blessure de la cornée-irido-cyclite. Opération de Critchett.
(Hôpital Notre-Dame de Montréal.)

Au printemps de 1898, Georges M..., se présentait dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Notre-Dame. Étant de service, je fus appelé à le traiter et tout naturellement après avoir examiné localement le malade, qui avait à l'œil droit une forte blessure. Je lui demandai de m'en raconter l'origine.

Voici ce que j'appris :

Quinze jours auparavant, étant allé faire visite à un ami, celui-ci, dans le but de lui faire une politesse, lui offrit une bouteille de bière de gingembre. Notre homme, fort peu expert, prit son canif et coupa le fil de fer retenant le bouchon. Le coup partit et le bouchon vint le frapper dans l'œil droit.

La douleur fut très forte, le malade crut tomber en syncope et aussitôt on s'en fut chercher un médecin. Celui-ci après examen, fit un lavage et ordonna au patient de se retirer chez lui et de mettre des compresses glacées. Le soir, comme la douleur augmentait, il lui fit prendre une pastille de morphine.

Les jours se passèrent et l'œil au lieu de prendre du mieux, marchait de mal en pis. A bout de ressources, le médecin conseilla à son client de venir à Montréal, consulter un spécialiste.

L'œil de cet homme était dans un état pitoyable :

La cornée présentait une blessure de haut en bas. Dans la portion inférieure l'iris était engagée dans la plaie ; hypopyon iritis, en un mot irido-cyclite purulente avec tout son cortège de symptômes caractéristiques.

Que vais-je faire ?

Telle fut la question que je me posais. Le malade souffrait énormément, l'œil était, je le répète, dans un état horrible ; un véritable foyer purulent, chémosis, œdème des paupières.

L'œil gauche était relativement bien, aucun indice d'ophtalmie sympathique.

La première chose que je fis fut de bien cocaïniser l'œil malade ; puis lavage au sublimé (1 p. 1009), et à l'aide d'une spatule je dégagais l'iris et fis une injection de sublimé (1 p 1000) dans la chambre antérieure. Sur la tempe trois sangsues dans le but de diminuer la congestion ; jadis pansement iodoformé. (Iodoforme 1 gramme, vaseline 10 grammes).

Je continuai les jours suivants, les lavages au sublimé et l'onguent à l'iodoforme. La congestion diminua considérablement ; et l'hypopyon, ainsi que l'état général de purulence, était presque disparu. Cependant il y avait encore de fortes douleurs et qui plus est des mouches volantes dans l'œil gauche.

Il n'y avait pas à hésiter, je dis au malade que la seule chose à faire était de sacrifier l'œil perdu s'il voulait conserver le bon.

L'opération fut décidée pour le lendemain. Mais quel genre d'opération : L'énucléation absolue, l'opération de Critchett ou celle de Mules ?

L'énucléation absolue est bien celle qui, au point de vue purement classique présente le plus de chance de succès absolu. Mais il est aussi un point d'esthétique qu'il ne faut pas oublier et cette cavité orbitaire est par elle-même si hideuse, qu'il nous faut bien un peu prendre en considération la légitime coquetterie des malades. Ici encore le médecin est seul juge, aussi doit-il toujours se placer comme si c'était lui-même qui devrait être opéré.

Dans l'énucléation totale l'œil de verre est fixe ; et aussi gros qu'on puisse le choisir, il existe toujours une dépression du plus fâcheux effet.

Reste donc l'opération de Critchett et celle de Mules.

L'opération de Critchett consiste, comme on le sait, à enlever le segment antérieur du globe oculaire, extraire le contenu de l'œil et refermer la sclérotique à l'aide de sutures, soit à la manière d'une bourse ou simplement transversales. Ceci fait, nous avons un moignon assez gros, sur lequel peut s'articuler un œil artificiel et qui conservera d'une façon plus ou moins parfaite l'action musculaire, c'est-à-dire suivra les mouvements de l'œil sain.

L'opération de Mules consiste, l'éviscération étant faite, à placer une boule de verre dans l'œil, et refermant la sclérotique, obtenir ainsi un moignon sur lequel s'articulera l'œil artificiel. De ces deux modes opératoires quel est le meilleur ?

Ici une pause et laissons les différents praticiens donner leur opinions. Les uns pencheront plutôt pour l'énucléation totale, donnant comme raison qu'il est toujours dangereux de laisser une partie de l'œil malade, etc., etc. D'autres que le Critchett est de beaucoup préférable au Mules et enfin que le Mules l'emporte sur le Critchett.....

J'avouerai que je considère les deux méthodes excellentes, mais ce qui me chifonne est cette boule de verre, qui en réalité est un corps étranger. J'admets qu'on a obtenu de très beaux résultats, cependant je ne puis m'empêcher de toujours retourner à l'opération de Critchett. Aujourd'hui j'en ai un certain nombre à mon actif et je n'ai heureusement à enregistrer aucun cas désavantageux.

J'ai légèrement modifié la façon d'attacher les sutures. D'abord je réjoins la sclérotique de haut en bas avec un fort fil en soie, puis je ramène la conjonctive par dessus de façon que la cicatrice aile de la commissure externe à l'interne. De cette façon les deux cicatrices se croisent en forme de croix et le travail de cicatrisation aidant, il n'y a pas ou peu de bourrelet.

Je fis à mon malade l'opération de Critchett, avec la modification telle que décrite. Je l'ai revu il y a un mois et le patient est dans un état aussi satisfaisant qu'on puisse le désirer. Son œil artificiel ne le gêne en rien, il n'y a pas d'inflammation. L'œil sain est en parfait état.

15 rue Crescent.

Une polyclinique Canadienne-française.

On vient de jeter, à l'hôpital Notre-Dame, les bases d'une Polyclinique pour les médecins. Les cours seront des cours pratiques aux lits des malades, ou avec pièces ou figures démonstratives en main, ou illustrés par des projections à la lanterne. Ces leçons seront données par les médecins de l'hôpital qui ne perdront pas de vue qu'elles sont destinées à des médecins praticiens dont le temps est précieux. Les cours se donneront tous les lundis et jeudis des mois de juillet et d'août et aux heures suivantes :

Tous les lundis :

- 9 à 10 Ophtalmologie, rhinologie, otologie.
- 10 à 11 Médecine.
- 11 à 12 Chirurgie.
- 12 à 1 Gynécologie.
- 2 à 3 Maladies nerveuses.
- 3 à 4 Pédiatrie.
- 4 à 5 Maladies de la peau.

Tous les jeudis.

- 9 à 10 Gynécologie.
- 10 à 11 Médecine.
- 11 à 12 Chirurgie.
- 12 à 1 Gynécologie.
- 2 à 3 Pharmacologie, thérapeutique.
- 3 à 4 Petite chirurgie et chirurgie d'urgence.
- 4 à 5 Laboratoire.

L'ophtalmologie sera donnée par les docteurs Foucher et Duhamel. Entre autres sujets on traitera des iritis, des kératites, des maladies de la paupière, de l'examen méthodique de l'œil, du nez, de la gorge, du larynx, de l'oreille.

En médecine les professeurs seront messieurs les docteurs Rattot, Demers, Gauthier, Benoit, Hébert et Lesage.

En sus des examens cliniques, on traitera particulièrement, l'auscultation, le diagnostic des maladies des reins de l'estomac, de la plèvre et du cœur.

Les docteurs Brosseau, Mercier, Parizeau et Ethier sont chargés de la partie Chirurgicale, et à part des visites des salles, des dispensaires et des opérations, ils traiteront partiquement les sujets suivants : les hernies, les appendicites, les tumeurs du sein, les urétrites, les fractures, les luxations, la tuberculose chirurgicale, les anesthésiques, les rayons X, etc.

La Gynécologie sera entre les mains des docteurs Brennan et Harwood. Il y aura l'examen direct des patientes au dispensaire par les médecins suivant le cours, la visite aux salles, l'assistance aux opérations et des cliniques pratiques sur les sujets suivants :

Le toucher, la grossesse ectopique et les hématoécèles, les douleurs et la contrirritation, la blennorrhagie, l'avortement et l'infection puerpérale, le traitement pré et post-opératoire des opérées, le fibrome et le cancer, les déplacements, les complications post-opératoires, les opérations mineures, l'appareil urinaire.

Les Maladies des enfants seront traitées par les docteurs S. La-chapelle et Cormier. A part les nombreux cas de dispensaire qui seront examinés et traités, ces médecins donneront des cliniques instructives sur : la manière d'examiner et de traiter les enfants ; sur les gastro entérites, sur l'allaitement, les maladies des voies respiratoires, etc.

Les Maladies de la peau seront données bien partiquement par le docteur Valin au dispensaire de dermatologie.

Il se donnera par M. le pharmacien W. Lecours et quelques médecins des leçons des plus utiles sur la pharmacologie, la matière médicale et la thérapeutique.

Au laboratoire de pathologie attaché à l'hôpital, sous la direction des docteurs Parizeau, Valin et Bernier, les praticiens seront initiés à la microscopie clinique de tous les jours ; l'analyse du sang, des urines, des autres sécrétions et exsudats, la bactériologie clinique, le séro-diagnostic, etc.

Comme l'on peut s'en convaincre par ce petit programme écourté les leçons seront très pratiques et données par des hommes habitués à l'enseignement hospitalier, clinique.

Le prix de ces cours sera cette année de \$10,00 pour tout le cours ; l'on comprend que cette somme insignifiante n'est guère suffisante à couvrir les dépenses qui seront encourues.

Nous approuvons hautement cette démarche que les médecins de l'hôpital Notre-Dame viennent de faire et nous espérons que grâce à l'adjonction d'autres institutions, dans une année ou deux nous aurons une polyclinique canadienne-française qui pourra rivaliser avec les meilleures.

Nous avons le matériel, il faut l'utiliser ; marchons !

Nous savons que cette année ces leçons pratiques seront appréciées par tous ceux qui les suivront et nous sommes convaincus qu'elles seront écoutées par un grand nombre de médecins.

Pour les informations précises, le programme et la carte de cours, on est prié de s'adresser au docteur A. L. Ethier, secrétaire de la Polyclinique, hôpital Notre-Dame.

Grand succès, nous le souhaitons, couronnera les efforts de tous ceux qui travailleront à cette œuvre vraiment utile,

Revue des journaux

MEDECINE

Les affections cérébrales au cours de la coqueluche.

PAR ERNST HOCKENJOS.

Les affections cérébrales qui se produisent parfois au cours de la coqueluche peuvent être diverses. Les troubles les plus légers consistent en des convulsions isolées qui cependant peuvent s généraliser et s'accroître jusqu'à amener des accès éclamptiques. On trouve aussi souvent des troubles de la vision et de l'audition ainsi que de l'élocution.

Au cours de la coqueluche les parties les plus diverses du système nerveux central peuvent devenir malades. Les paralysies sont en somme, assez rares, mais tout de même plus fréquentes qu'on ne le croyait jusqu'ici. Il n'est pas prouvé que ces paralysies soient l'effet d'une action toxique ou d'une intoxication par l'acide carbonique. Mais il a été établi par un nombre d'autopsies que les troubles circulatoires et notamment les hémorragies cérébrales jouent un grand rôle.

(Indép. méd.)

Pseudo-hydro-néphrose traumatique.

M. Nové-Josserand rapporte le fait rare d'un épanchement urinaire périrénal formant tumeur et pris, avant l'opération, pour une péritonite tuberculeuse localisée avec épanchement. Les antécédents urinaires que la famille ne signalait pas, ne furent relevés qu'après que l'opération eut donné le diagnostic exact. La malade, âgée de 8 ans $\frac{1}{2}$, tombe de voiture, il y a six semaines, perd connaissance ; deux heures après l'accident quelques traces de sang dans les urines. Amenée à la Charité, dans le service de M. Rabot, elle présente un peu de dysurie, parfois des traces de sang dans les urines et une tumeur du flanc gauche. La malade est envoyée dans un service de chirurgie, et M. Nové-Josserand constate une tumeur volumineuse, lisse, régulière, immobile, mate, donnant dans le sens antéro-postérieur une sensation nette de flot. Des coliques intestinales assez vives peuvent s'expliquer par la compression exercée sur les anses de l'intestin.

Laparotomie. Incision sur le bord externe du muscle droit ; après ouverture du péritoine on voit que le côlon descendant est refoulé et comprimé par la tumeur ; la ponction donne un liquide clair ; marsupialisation et ouverture de la poche ; il s'écoule environ trois litres de liquide. La poche était formée de plusieurs couches dont la plus interne assez épaisse avait une coloration gris cendré, une surface lisse, ressemblant assez à une muqueuse, mais que l'examen histologique a montré être formée uniquement de tissu conjonctif. Le bord du rein put être nettement senti dans le fond de l'incision.

Il s'agit donc ici d'un de ces cas déjà signalés par Monod, puis par Tuffier et Lévy. La malade avait été amenée pour des troubles digestifs et pour sa tumeur et on n'attirait nullement l'attention sur les troubles urinaires. Une lésion peu étendue du rein avait permis à l'urine de se répandre et de former poche dans le tissu cellulaire sans qu'il y eût dilatation des voies urinaires profondes, sans qu'il y eût hydronéphrose vraie. Le liquide renfermait 1 gr. 60 d'urée par litre.

(Lyon méd.)

CHIRURGIE

L'inondation péritonéale.

M. Tuffier parle du nettoyage et du drainage de la cavité péritonéale. Le nettoyage et l'assèchement de la cavité péritonéale, dans les cas d'inondation, doivent être aussi parfaits que possible et on ne doit jamais y abandonner une quantité même minime de sang ce liquide constituant le meilleur bouillon de culture pour les microorganismes que nos mains, si propres soient-elles, peuvent introduire dans le ventre. Lorsqu'il n'y a pas inondation péritonéale, au moment où on intervient, il faut, avant de faire basculer la malade, bien garantir les anses intestinales avec de larges compresses. C'est le meilleur moyen d'empêcher, au cours de l'opération, le sang de fuir vers la partie supérieure de l'abdomen, où il est très difficile ensuite d'aller l'éponger. Quant au drainage, le Mikulicz est un bon tampon, mais un mauvais drain : serré au niveau de la cicatrice, il amène fatalement la rétension dans la profondeur. L'auteur lui préfère de beaucoup de simples drains de caoutchouc, ou des drains métalliques fenêtrés contenant une mèche destinée à aspirer les sécrétions.

(Indép. méd.)

Les effets de la résection de l'épiploon et du mésentère.

M. Friedrich ayant observé à trois reprises un ictère passager après des opérations pratiquées sur l'épiploon, sous narcose chloroformique, chez des sujets du sexe masculin, a fait des expériences sur différents animaux pour étudier ce point. Il a pu constater que la résection de l'épiploon produit régulièrement chez le cobaye des foyers de nécrose ischémique ou hémorragique dans le foie, et parfois des hémorragies et des ulcères de la muqueuse stomacale.

M. Friedrich s'est ensuite demandé si la narcose ou des lésions mécaniques des organes abdominaux lors de l'opération ne jouent pas un rôle dans la production de ces phénomènes, et a pu constater qu'en l'absence de ces facteurs la simple ligature des vaisseaux épiploïques peut produire le même résultat. Il s'agit donc très probablement d'embolies lancées dans la circulation de la veine porte et susceptibles d'entraver la nutrition de certaines parties du foie et de la muqueuse stomacale. Ce fait démontre l'importance de la circulation de la veine porte dans la nutrition du foie.

Ces altérations se produisent beaucoup plus rarement chez le lapin que chez le cobaye, et ne purent être provoquées ni chez le chien ni chez le chat. Ces différences sont assez difficiles à expliquer.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Les grands prolapsus rectaux.

M. Delorme (Acad. méd.) montre que l'ablation de la muqueuse rectale, réservée jusqu'ici au traitement des prolapsus purement muqueux, est également applicable aux prolapsus du deuxième groupe dans lequel toutes les tuniques de l'intestin participent à la chute rectale, qu'il y ait ou non invagination. L'étendue de la portion muqueuse à exciser ne peut encore être précisée. L'expérience ultérieure va se fixer sur ce point d'un intérêt de premier ordre. Il faut se garder de pratiquer des incisions trop grandes. Dans le prolapsus avec invagination, même volumineux, l'ablation de 20-30 centimètres paraît suffire. Peut-être pourra-t-on la réduire. L'opé-

ration, qui consiste en une dissection longue, minutieuse, dans un champ opératoire étendu et souillé par une rosée sanguine assez abondante, est délicate. Il serait bon de ne l'entreprendre qu'après s'être exercé, au préalable, à la cure radicale des hémorroïdes par l'ablation circulaire de la muqueuse anale. Le traitement consécutif a une importance de premier ordre. Un traitement consécutif mal dirigé, trop peu sévère, compromis par un malade indocile, peut atténuer ou annihiler le résultat de l'opération la mieux faite, exposer à l'infection du champ opératoire, à celle du péritoine, aux cicatrices vicieuses, aux rétrécissements du rectum. *Immobiliser la région anale jusqu'à production d'une cicatrice solide, tel est le but à poursuivre.* Il ne doit pas être perdu de vue un instant.

(Progrès médical).

Traitement de la névralgie faciale par la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique.

Par M. CHIPAULT.

On sait que lorsque le traitement médical a échoué, ce qui n'arrive que trop souvent, le malade atteint de névralgie faciale se trouve en présence d'interventions chirurgicales peu encourageantes : les résections périphériques du trijumeau, sans danger, mais qui le plus souvent ne donnent que quelques mois de soulagement, et les résections du ganglion de Gasser, plus utiles mais singulièrement dangereuses, puisque leur mortalité opératoire dépasse 20 %. Or, il semble, d'après leur pathogénie souvent artério-scléreuse, et d'après toute une catégorie de leurs symptômes, d'ordre vaso-moteur, que les névralgies faciales soient une affection d'origine vaso-motrice.

Rien ne serait dès lors plus logique que de les traiter par la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique, qui fournit les vaso-moteurs non seulement aux branches du trijumeau, mais encore à son ganglion gasserien et à ces noyaux encéphaliques, en sommes à la totalité du nerf qui souffre. C'est ce qu'a fait Jaboulay avec succès, dans un cas. C'est ce que l'auteur a pratiqué chez un homme de 60 ans, atteint depuis trente trois ans d'une forme extrêmement rebelle, grave et progressive de névralgie faciale, plus marquée sur le territoire du maxillaire supérieur. Tout avait été essayé sans succès, en particulier l'opium et le sulfate de quinine. Or, quarante-huit heures après l'opération, le malade, que l'auteur vous présente, a cessé de souffrir : une insignifiante sensation de chaleur sur la gencive.

(Indép. méd.)

Lesions chirurgicales du testicule avec accidents nerveux.

Par M. CHIPAULT.

M. Chipault rapporte deux faits de chirurgie testiculaire particulièrement intéressants au point de vue neurologique.

1° Homme de 32 ans ; à 22 ans, légère blennorrhagie. A 25 ans débutent des crises douloureuses, commençant par le cordon gauche et qui s'aggravent au point de rendre la marche, la défécation, la miction presque impossible. Pas d'hystérie, ni de tabès. L'épididyme gauche est le point de départ des douleurs. Il est du reste de consistance et de forme normales. Résection des nerfs du cordon, hyperesthésie transitoire de la bourse, amélioration rapide. Guérison datant de 4 mois $\frac{1}{2}$. Le malade a augmenté de 17 kilos, chasse, a des éjaculations, etc.

2° Homme de 29 ans. Sans antécédents. Première crise d'épilepsie à quatre ans et à la suite d'une descente forcée des testicules. Depuis, absence et crises, à aura dans la bourse gauche. Le palper du cordon détermine des crises. Opothérapie testiculaire avec résultat passager. En six mois, se développe une tumeur du cordon qui est enlevée. C'était un névrome. Résultat thérapeutique trop récent pour en parler.

(Ind. méd.)

Fractures du cubitus par cause directe.

Par M. le Dr SMESTER.

Dans les fractures du cubitus par cause directe, il arrive que le diagnostic est quelquefois difficile à faire à cause du peu de déplacement des fragments. La difficulté augmente quand le gonflement est peu prononcé, la douleur faible, les mouvements du membre conservés.

Récemment j'ai eu un pareil cas à observer. Le blessé avait été examiné à l'hôpital***, et comme il pouvait faire certains mouvements et mettre la main sur sa tête, que les autres symptômes étaient nuls ou insignifiants, on lui certifia qu'il n'y avait pas de fracture, mais simplement forte contusion.

J'ai vu le blessé le lendemain, et de l'examen attentif du membre, il résulta, pour moi, la certitude absolue que le cubitus était fracturé à sa partie médiane, sans déplacement des fragments.

Ce qui avait entraîné ma conviction, ce n'était ni le gonflement peu prononcé, ni la douleur locale peu intense, ni la crépitation à peine perceptible et pouvant donner lieu à contestation, mais un signe que j'ai vainement cherché dans les traités de chirurgie les plus récents, et que je considère cependant comme pathognomonique de la fracture du cubitus, et devant, dans les cas douteux, établir nettement s'il y a ou non fracture ou simple contusion.

J'ai fait prendre au membre blessé différentes positions, le bras verticalement placé ; l'avant-bras seul verticalement placé sur un plan, à angle droit avec le bras ; l'avant-bras étendu en supination, en pronation ; et j'ai observé ce qui se produisait dans ces différentes situations données au membre.

Dans toutes les positions verticales du membre, le blessé ne manifestait aucune douleur, ce qui explique qu'il ait pu facilement mettre sa main sur sa tête.

Dans toutes les positions horizontales de l'avant-bras, le patient souffrait au lieu de la fracture.

Plusieurs fois recommencés, ces exercices donnaient toujours le même résultat : pas de douleur dans les positions verticales du membre ; douleur dans les positions horizontales.

Il n'y a pas de doute, il y a fracture, même en l'absence des autres signes, et l'explication en est aussi logique que simple.

Quand, dans une fracture du cubitus, sans déplacement ou avec un faible déplacement, on fait tenir le membre dans la position verticale, la pression s'exerce dans la continuité de l'os ; et soutenu par le ligament interosseux et les muscles avec le radius comme tuteur, les deux fragments restent coaptés l'un à l'autre ; il n'y a pas de douleur. Lorsqu'au contraire, on fait placer le membre dans la position horizontale, la pesanteur fait fléchir la partie située entre la fracture et la main, faiblement sans doute, mais suffisamment faire jouer les deux fragments et provoquer de la douleur.

Dans la supination, la douleur est la plus forte, ce qui se comprend, la pression s'exerçant séparément sur le radius et sur le cubitus.

Dans la pronation, au contraire, les deux fragments prennent un point d'appui sur le radius ; la pression, dans ces conditions,

s'exerce sur l'ensemble des deux os, et non sur le cubitus seul, la douleur fait défaut ou est moins intense. Cependant il arrive que le mouvement de rotation d'une position à l'autre provoque un peu de douleur.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Des tumeurs inflammatoires de l'épiploon.

M. Braun.— Il existe une affection inflammatoire de l'épiploon, à marche chronique, affectant souvent la forme de tumeurs volumineuses et donnant lieu à des erreurs de diagnostic. Cette affection, peu connue jusqu'à présent, a été décrite cependant par plusieurs auteurs français. On l'observe surtout après la résection de l'épiploon au cours de la cure radicale de hernie ou de certaines affections gynécologiques.

Cette épiploïte chronique est caractérisée par une vive douleur ; on note une résistance étendue et parfois des symptômes de rétrécissement intestinal. L'infiltration de l'épiploon, cause de ces troubles, peut disparaître spontanément au bout d'un certain nombre de semaines ou de mois, ou aboutir à la formation d'un abcès. Le traitement doit consister essentiellement dans le repos absolu et l'application de compresses chaudes. On pourra se passer de l'intervention dans les cas où la résolution s'effectue spontanément, tandis qu'on opérera quand il se produit un abcès, ou lorsque la résolution tarde à survenir. Il arrive que l'on trouve, en pareille circonstance, au milieu de l'épiploon tuméfié, un abcès renfermant une ligature à la soie. Quant à la nature de l'intervention, il est généralement préférable de se borner à l'incision de l'abcès plutôt que de pratiquer l'excision ou la résection de l'épiploon.

Le point le plus important est la prophylaxie. On doit éviter ces accidents par une asepsie rigoureuse ; dans les cas d'infections, on s'abstiendra de placer des ligatures sur une portion d'épiploon susceptible d'avoir été contaminée par un foyer microbien. Cette précaution est surtout nécessaire dans le traitement des adhérences de l'épiploon avec les organes du bassin chez la femme.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

THERAPEUTIQUE

Les compresses d'alcool comme traitement du péritonisme et des coliques appendiculaires.

M. Schrwald rapportait récemment les heureux résultats qu'il avait obtenus, dans plusieurs cas de péritonite grave, en se servant de compresses d'alcool.

Chez un malade atteint de péritonite tuberculeuse, cet auteur a vu, en particulier, disparaître à deux reprises tous les accidents, douleurs, vomissements, météorisme et diarrhée, très peu de temps après l'application des compresses.

Devant ce succès, vraiment encourageant, M. Schrwald a eu l'idée d'appliquer ce traitement à plusieurs malades atteints d'appendicite. Dans tous ces cas, la maladie a évolué heureusement et les accidents n'ont pas tardé à disparaître.

Si ce procédé thérapeutique n'est pas très nouveau, il mérite au moins, par sa simplicité, d'être rappelé.

Il semble, en effet, que, dans les cas de péritonisme où il n'existe pas d'indications opératoires urgentes, la révulsion que produit l'alcool sur les téguments produise une dérivation salutaire.

(Gaz. des hôpitaux.)

GYNECOLOGIE

Le traitement des cancers inopérables de l'utérus.

M. Czerny (de Heidelberg), rappelle que la première indication est de calmer la douleur et de relever l'état général.

Le curetage constitue une bonne opération surtout, quand on la complète par la cautérisation soit au thermocautère soit par un agent chimique tel que le chlorure de zinc.

Après le curetage, on fait le tamponnement de la cavité utérine avec des bandelettes de gaze imbibées de chlorure de zinc en solution concentrée. Il faut prendre soin de bourrer le vagin, après l'avoir préalablement vaseliné, avec de la gaze imprégnée de bicarbonate de soude. Les douleurs provoquées par le caustique durent peu et les hémorrhagies ne tardent pas, en général, à disparaître. Contrairement à ce que l'on a pu dire, la chute des escars n'amènerait pas d'hémorrhagie sérieuse.

Ce traitement doit être complété par le régime alimentaire qui doit être très abondant.

(G. des hôp.)

Maladies nerveuses

Epilepsie toxico-alimentaire.

(Soc. de thérap.)

M. Mathieu communique l'observation d'une hémiplegie avec hémichorée et hémia-thétose, dont les mouvements choréiques et athétosiques étaient influencés d'une manière très évilente par le régime alimentaire et l'antisepsie intestinale.

Il s'agit d'une femme de 50 ans atteinte, depuis 2 ans, d'une hémiplegie droite ayant débuté par un ictus apoplectique. Cette hémiplegie s'était accompagnée d'aphasie et persistait à l'état d'hémiparésie des membres inférieur et supérieur avec exagération des réflexes, hémichorée et hémia-thétose, crises d'épilepsie jacksonienne sans perte de connaissance, enfin crises d'épilepsie généralisée.

Des purgations répétées (scammonée) et le régime lacté firent disparaître l'hémichorée et l'hémia-thétose, qui réapparurent quand on reprit l'alimentation ordinaire, et cette influence du régime et des purgatifs fut observée à plusieurs reprises, toujours avec le même résultat.

Quant aux crises épileptiques, il ne s'en produisit pas une seule pendant la période de régime lacté ; avec l'alimentation ordinaire se manifestèrent des phénomènes précurseurs de crises, mais l'expérience n'ayant pas été poussée plus loin, on ne peut affirmer que, si l'on avait continué à donner cette alimentation, des crises seraient apparues.

Voilà donc un cas où une épilepsie, non pas essentielle, mais symptomatique d'une lésion corticale, fut influencée favorablement (espacement des crises) par un régime convenable, et où des mouvements athétosiques et choréiformes disparurent dès qu'on supprima l'élément toxique qui se superposait chez la malade à l'altération lésionnelle.

Dans bien d'autres circonstances, la toxémie d'origine gastro-intestinale produit des états symptomatiques qu'il est important de savoir dépister ; cette toxémie joue, en pathologie, un rôle considérable, du même ordre que l'urémie ; entre l'auto-intoxication alimentaire et l'urémie il n'y a pas de limites précises, de séparation

nette ; aussi, en présence d'un malade qui présente des manifestations de cette nature, nous ne devons plus attacher qu'une valeur secondaire à la présence ou à l'absence d'albumine urinaire ; qu'il y ait ou qu'il n'y pas d'albumine, nous devons poser le diagnostic d'urémie, c'est-à-dire d'auto-intoxication. Sans doute l'urémie renale donne peut-être des types un peu différents de ceux que produit l'auto-intoxication gastro-intestinale ; par exemple, la dyspnée urémique et la dyspnée toxico-alimentaire ne se ressemblent pas tout à fait, mais ce sont des phénomènes du même ordre, dont nous devons la connaissance surtout à MM. Bouchard, Dieulafoy, Huchard. M. Bouchard nous a montré combien fréquemment le tube digestif est la source de toxémies, mais il a trop insisté sur le côté gastrique de la question ; l'intestin a un rôle bien plus important que l'estomac dans la genèse de ces empoisonnements. M. Dieulafoy, en nous faisant connaître les petits signes du brightisme, a attiré l'attention sur les intoxications permanentes existant en dehors des grands accès. M. Huchard a édifié le type clinique de la dyspnée toxico-alimentaire qui doit nous encourager à en chercher d'autres.

M. Mathieu distingue, dès maintenant, les types suivants :

1° *Les faux cancers de l'estomac*, simulés par des phénomènes d'intoxication gastro-intestinale et guéris par le régime lacté et les purgatifs répétés ;

2° *Le type angor pectoris*. — M. Mathieu a suivi plusieurs malades qui présentaient des crises angineuses répétées, presque quotidiennes, lesquelles disparurent complètement dès que ces malades furent soumis au régime lacté, lacto-végétarien et aux purgations fréquentes.

3° *Le type migraineux*. — M. Mathieu a observé deux migraines qui, arrivées à 40 ou 50 ans, avaient, contrairement à la règle des accès plus intenses et plus fréquents ; pensant à une auto-intoxication intestinale, il leur ordonna le régime lacto-végétarien et des purgatifs salins tous les 2 jours : il obtint ainsi une notable amélioration.

Les faits, dans lesquels on note une influence évidente de l'auto-intoxication gastro-intestinale, ne sont pas tous comparables au point de vue pathogénique : les uns dépendent uniquement de l'auto-intoxication ; les autres consistent dans l'aggravation, sous l'influence de cette intoxication, d'états pathologiques antérieurs.

M. M. Huchard est du même avis que M. Mathieu en ce qui concerne l'importance des intoxications alimentaires ; il a décrit, à côté de l'angine de poitrine coronarienne, l'angine vaso-motrice, dans laquelle on est en présence d'une vaso-constriction accentuée de tout le système artériel ; dans cette forme d'angine, les crises sont provoquées de toutes pièces par l'alimentation carnée tandis que le régime lacté les atténue beaucoup. Il est facile de comprendre le mécanisme par lequel agit l'alimentation carnée : les toxines alimentaires sont, en effet, essentiellement vaso-constrictives.

M. Cautru cite l'observation d'une petite fille choréique atteinte d'entérite muco-membraneuse, qui fut guérie simultanément de sa chorée et de son entérite par une cure à Châtel-Guyon. Il pense que la chorée était de cause réflexe.

M. Mathieu ne croit pas que l'on doive parler, dans ce cas, de réflexe, mais bien d'intoxication ; ce qu'on est en train de faire actuellement, c'est précisément de substituer à la notion des réflexes d'origine gastro-intestinale, celle des auto-intoxications de même origine ; les réflexes ont sans doute un rôle indéniable dans un certain nombre de retentissements à distance des affections digestives, mais ce rôle a été bien exagéré, au détriment de celui des intoxications, qui est prédominant. On ne saurait trop insister sur cette question de doctrine, puisque, au point de vue pratique, il en découle des indications de traitement tout à fait différentes.

PÉDIA TRIE

Lesions du foie chez le enfants.

Par FREEMAN

L'abaissement du foie dans le côté droit de l'abdomen, au point que cet organe touché par son extrémité droite, la crête iliaque n'est pas rare dans l'enfance, surtout chez les sujets qui ont un élargissement de la glande. On rencontre aussi la tendance graisseuse du foie, dans 40 % des cas qui se présentent au " Foundling Hospital ". Les conditions de nutrition n'ont vraisemblablement aucun rapport avec l'état graisseux du foie. Des conditions identiques existent fréquemment dans un certain nombre de cas, où la lésion fait défaut. Certaines affections chroniques, cachectiques, ne le produisent pas ; pas plus que la tuberculose, mais les infections aiguës et les désordres du tube digestif en sont la cause efficiente la plus active. L'auteur rapporte que les cas de cirrhose hépatique qu'il a étudiés, ont évolué rapidement. La section de l'organe présente une hypoplasie marquée des conduits biliaires. Pour en arriver à ces conclusions, M. Freeman a étudié un grand nombre de cas, c'est ainsi qu'il a fait 496 autopsies pour déterminer la fréquence des dégénérescences graisseuses du foie. Il a également dressé un tableau très intéressant de la proportion de l'affection dans les différentes maladies. A cette communication sont jointes d'excellentes planches indiquant l'état microscopique des organes.

Traitement du spina-bifida.

M. Villemin (Soc. de péd.) a employé, chez un enfant de 2 jours, trop faible pour supporter une opération, et dont la poche était en train de s'ulcérer, les injections de vaseline liquide iodée au millième dans la poche, qui ont été répétées chaque mois, en augmentant chaque fois la proportion d'iode. A la suite de ce traitement, la poche au début pellucide et prête à s'ulcérer, s'est transformée en masse compacte, dure et dont on n'a plus à craindre l'ouverture.

Cette méthode est un perfectionnement de celle de Morton, qui consiste à injecter de la glycérine iodé-iodurée ; mais la glycérine étant miscible à l'eau, on ne peut l'employer sans crainte que dans les cas où la poche du spina-bifida ne communique pas largement avec le canal rachidien.

La vaseline n'est pas miscible à l'eau et surnage à sa surface en ; ayant soin de tenir l'enfant sur le ventre, on peut empêcher l'irruption du médicament dans le canal rachidien.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Contribution à l'étiologie de gastro-enterite aigue des nouveau-nés.

M. Soanenberger (de Worms). — A côté des intoxications alimentaires produites par l'invasion de bactéries, on doit distinguer toute une série d'intoxications chimiques causées par l'absorption de toxines contenues dans le lait ou dans les différents aliments. Il faut se rappeler, en effet, que la glande mammaire n'est pas seulement un organe sécréteur, mais qu'elle joue aussi le rôle d'émonctoires ; les poisons absorbés par la mère peuvent ainsi passer en plus

ou moins grande quantité dans son lait. Suivant la qualité du fourrage donné au bétail, le lait animal contient aussi parfois des substances toxiques : ainsi les pousses de pommes de terre contiennent de la solanine, dont les propriétés nuisibles sont connues, et les animaux nourris de déchets de vieilles pommes de terre fournissent un lait impropre à l'alimentation des nourrissons.

Il en est de même des résidus de la distillation des alcools de grains, de betteraves ou de pomme de terre. Dans le fourrage des prairies naturelles mal entretenues il se trouvent une quantité de mauvaises herbes, vesces, folle avoine, chiendent et autres, inoffensives pour le bétail, mais pouvant communiquer au lait des propriétés qui le rendent nuisible.

Les préparations alimentaires artificielles renferment fréquemment aussi des toxines qui irritent le canal intestinal, si sensible dans les premiers mois de la vie. La gastro-entérite aiguë, qui résulte souvent de l'absorption de ces substances nuisibles, ne peut être évitée que si l'on apporte la plus grande attention à la qualité du fourrage donné aux vaches laitières.

(Gaz. hebd. méd et chir.)

Maladies veneriennes

De l'anémie syphilitique.

Par M. MONOD (Jacques).

M. Jacques Monod conclut de son intéressante thèse qu'une des premières modifications imprimées à l'organisme par l'évolution de la syphilis est un état pathologique du sang dont les caractères sont les suivants :

Il se produit une anémie précoce, dont l'apparition précède celle de la roséole ; le type en est soit celui de l'anémie simple, soit celui de la chloro-anémie. Elle s'accompagne de leucocytose.

La marche de l'anémie syphilitique est rigoureusement subordonnée à l'évolution de la symptomatologie clinique spécifique. Il existe une concordance absolue entre les abaissements des taux hématimétrique et hémochromométrique d'une part, et, d'autre part, l'écllosion des symptômes d'origine spécifique (syphilides, fièvre, crises de douleurs nocturnes, etc.). Il existe une corrélation entre l'intensité de l'infection spécifique et l'intensité de l'anémie.

La leucocytose est souvent le premier phénomène caractérisant les modifications du sang ; elle est en général le dernier à rétroceder. Cette leucocytose est caractérisée par un accroissement du nombre de mononucléaires par rapport au nombre des polynucléaires, le chiffre de ceux-ci étant du reste augmenté à un point de vue absolu.

Dans des cas rares, l'anémie peut être intense et parfois rappeler par son état hématologique le tableau soit de l'anémie perniciose, soit de la leucémie.

Chez les enfants, en raison de l'état d'activité des appareils hématopoiétiques, l'anémie peut s'accompagner de l'apparition dans le sang, d'éléments caractérisant une réaction intense des appareils hématopoiétiques (hématis nucléés, grands mononucléaires de la moelle osseuse, éosinophiles, neutrophiles, etc.).

Aux altérations du sang engendrées directement par la syphilis peuvent correspondre des complications secondaires, dont l'hémoglobinurie paroxystique est la plus fréquente. Celle-ci est liée à la diminution de résistance au froid des hématis des syphilitiques.

L'anémie syphilitique est influencée d'une manière particulière

par le traitement mercuriel. Dès le début de ce traitement, il se produit une diminution de la leucocytose, un accroissement des taux hématimétrique et hémochromométrique. Quand le traitement est prolongé au-delà d'une certaine limite, un effet inverse se produit. L'action du mercure devient déglobulisante et hypochromisante, alors même que les manifestations extérieures de la syphilis peuvent continuer à s'améliorer. Ces résultats confirment les opinions des cliniciens qui ont préconisé la méthode des traitements successifs ou intermittents.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

BIBLIOGRAPHIE

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'HYGIÈNE, par le Dr P. VILLER, 1 vol. gr. in-8 de 208 p., cart. (Collection Villeroy). Librairie J.-B. Baillière et fils, 19 rue Hautefeuille à Paris..... 5 fr.

Il est un certain nombre de maladies que le professeur Brouardel a qualifiées d'évitables.

Diminuer la morbidité et par suite la mortalité, tel est le rôle de l'hygiène. Aussi est-il à regretter que, pendant longtemps, cette partie capitale de la médecine ait été délaissée, non seulement par les étudiants, qui pensaient que l'hygiène devait être rangée au nombre des sciences accessoires, dont l'étude n'intéresse guère que les spécialistes, mais encore par les praticiens, trop oublieux du vieux précepte qu'il est plus facile de prévenir le mal que de le guérir.

Depuis que l'origine bactérienne d'un certain nombre de maladies a été admise par l'unanimité du corps médical, une réaction, assurément fort salutaire, s'est produite, et l'on a compris que les maladies sont intimement liées à la salubrité des lieux où l'homme habite, à la pureté de l'air qu'il respire, à la qualité de l'eau qu'il consomme. Dès lors, l'hygiène, prenait une part prépondérante dans la prophylaxie des maladies et l'étude du sol, de l'air, de l'eau, de l'habitation, l'alimentation, etc., en tant que modificateurs possibles de la vitalité humaine, entra dans une phase active.

Dès lors, l'étude de l'hygiène, complément indispensable de la pathologie, a été estimée à sa juste valeur. Il était utile, pour les étudiants comme pour les praticiens, de réunir les données principales de l'hygiène générale et de l'hygiène particulière sous la forme de *Tableaux synoptiques*, débarrassés de toutes considérations inutiles et donnant le minimum indispensable des connaissances que le médecin praticien doit avoir sur ces questions.

Cette idée de mettre la *Médecine* en *Tableaux synoptiques* a obtenu un grand succès : les premiers volumes, publiés il y a un an à peine, en sont déjà à leur 2^e édition. La collection Villeroy comprend déjà des *Tableaux synoptiques de Pathologie interne*, de *Pathologie externe*, de *Thérapeutique*, de *Pathologie générale et de Diagnostic*, de *Anatomie* (2 vol.), de *Médecine opératoire*, de *Obstétrique* et de *Hygiène*. (Chaque volume comprenant 200 pages : cartonné, 5 fr.).

FORMULAIRE

Pastilles contre la fétidité de l'haleine.

Café en poudre..... 45 grammes.

Charbon végétal..... 15 —

Sucre en poudre..... 15 —
 Vanille..... 15 —
 Mucilage de gomme du Sénégal.... Q. S.
 Mélez pour faire des pastilles de 1 gramme (5 à 6 par jour.
 (Gaz. hebd. méd. et chir.)

—:0:—
Potion contre le delirium tremens.

(VILLARD.)

Antipyrine..... 4 grammes.
 Bromure de potassium..... 6 —
 Eau de laitue..... 125 —
 Sirop de choral..... 30 —

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à bouche d'heure en heure jusqu'à effet hypnotique.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

—:0:—
Potion contre le prurit dans les diverses affections cutanées.

(A. THOMPSON.)

Acétate de plomb..... 1 gramme.
 Acide cyanhydrique médicinal..... 5 —
 Alcool rectifié..... 15 —
 Eau distillée..... 250 —

F. S. A. — Usage externe.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

—:0:—
NOUVELLES.

NOUVEAUX MEDECINS.

Voici les noms des étudiants en médecine de quatrième année, à l'université Laval de Québec, qui ont subi avec succès les examens du doctorat :

MM. Odilon Drouin, de Beauce, Jos. DeVarenes, de Québec ; Evariste Bolduc, de St-Valier, Bellechasse ; Eugène Dionne de Caouana, Co.

Témiscouata ; Pierre Millette, des Trois-Rivières ; Alfred Pelletier, de Matane ; Co. Matane et L. G. Pinault, de Rimouski.

Ces nouveaux disciples d'Esculape, ne savent encore où il s'établiront, à l'exception du Dr Pinault, qui entrera à l'Hôtel-Dieu au mois de juillet prochain, pour remplacer son confrère, M. le Dr Noé Chabot.

L'Hôtel-Dieu ne pouvait faire un meilleur choix, car M. le Dr Pinault, est reconnu comme un élève studieux, a passé des examens très brillants et a été pendant deux ans, médecin de l'hôpital de la Miséricorde.

A tous, nous sommes heureux de souhaiter succès et nombreuse clientèle.

A L'UNIVERSITE LAVAL DE MONTREAL.

Liste des candidats heureux aux examens en médecine.

Voici la liste, par ordre alphabétique, des candidats qui ont subi avec succès leurs examens à la pratique de la médecine, qui ont eu lieu à l'université Laval :

Abdon, Nadgib ; Archambault, Amable ; Allard, Jos. Adé-
 lard ; Archambault, Léonard ; Beaudoin, Jos. A. ; Bayard, Char-
 les ; Bélanger, Isaïe ; Brosseau, Aldéric ; Bolduc, Théod. ; Chapde-
 laine, Victor ; Choquette, Emile ; Colin, Albert ; Ducharme Charles
 N. ; Dubuc, Léotable ; Drapeau, MacAurèle ; Duval, Philippe ;
 Doyon, Hermas ; Fleury, Ferd. A. ; Ferron, Edward ; Ferron
 Art. ; Gaboury, Edward ; Guilbert, Lucien ; Gauthier, Ernest ;
 Gravel, L. J. A. ; Huot, Ernest ; Bouchard dit Lebel, A. ; Long-
 pré, Thomas ; Lamarche, L. A. ; Leduc, Charles ; Lalonde, Lé-
 onide ; Lefebvre, Arthur ; Leblanc, Henri ; Maynard, Oswald ;
 Morin, Raymond ; Nicol, Phil. H. ; Ouellette, J. A. ; Plouffe, J.
 N. ; Pouliot, Zotique ; Paquin, J. Ernest ; Pominville, J. M. ; Rhé-
 aume, Zéphir ; Scott, Charles ; Tellier, J. S. ; Théoret, Philippe ;
 Valois, J. M. A.

—:0:—
CONGRES MEDICAL A QUEBEC.

Nous sommes heureux d'apprendre qu'il se tiendra à Québec, les 25 et 26 juin courant, un congrès général des médecins de la province.

La " Société Médicale de Québec " a pris l'initiative de ce mou-
 vement important dont les résultats heureux n'échapperont à per-
 sonne. A cette association reviennent le mérite et l'honneur de le
 préparer comme de le mener à bonne fin.

Les séances du congrès de la docto-faculté auront lieu à l'uni-
 versité Laval, dans la salle des promotions, mise à la disposition de
 messieurs les médecins congressistes. Le Séminaire de Québec ira
 encore plus loin dans la gracieuseté de son accueil. M. l'abbé Ma-
 thieu, recteur de Laval, qui se trouvera alors en villégiature au
 Château-Bellevue, reviendra expressément de St-Joachim à Québec,
 pour souhaiter officiellement la bienvenue au Congrès.

Dans la soirée du 25 juin, sous les auspices de la " Société Mé-
 dicale " de Québec, un grand banquet réunira les sociétaires.

Nous publierons, dans quelques jours, la liste des travaux scien-
 tifiques qui seront lus au congrès avec les noms des conférenciers.

Au point de vue sociale, ce congrès sera tout un événement,
 car il amènera à Québec une foule d'étrangers de distinction, toute
 une élite désireuse de connaître notre belle cité historique.

—:0:—
NECROLOGIE

Les funérailles de feu M. Joseph Pelletier, père du Dr P. Pel-
 letier, de Sherbrooke, et frère de sir Alphonse Pelletier, président
 du sénat, qui ont eu lieu ces jours derniers à la Rivière Onelle, ont
 été très imposantes.

Nous profitons de l'occasion pour réitérer à la famille l'expres-
 sion de nos condoléances.

LES MEDECINS

Du district de Québec réunis en Congrès.

Le 25 juin dernier, nos médecins du district de Québec ont ouvert une convention dont ils garderont un long souvenir, et leur société semble maintenant n'avoir rien à envier aux autres associations médicales d'Amérique.

Rien d'imposant comme cette convention amicale de confrères qui se revoient après plusieurs années d'éloignement dans cette institution de Laval, qui les a faits qu'ils sont, et qui ouvre aujourd'hui toutes grandes ses portes pour le recevoir et leur permettre d'évoquer le doux passé et de travailler aux grandes questions qui agitent actuellement la corporation des médecins. Nous avons été témoin des travaux qui ont été faits à cette assemblée extraordinaire, et nous n'avons pas été peu surpris de voir ce que peuvent mener à bonne fin, en trois ou quatre semaines, quelques cœurs généreux et dévoués, en face de ces grandes idées mises à l'étude dans ces réunions absolument d'intérêt professionnel. La salle de Promotions de l'université Laval était richement décorée et absolument appropriée à la circonstance; on sentait que l'université recevait des enfants qu'elle aimait toujours.

M. le Recteur, dans des pensées magnifiques, dont il a seule le secret, et qui coulent de source, souhaite la bienvenue à tous les médecins qu'il invite à se mettre chez eux dans leur "Alma Mater". On choisit avec enthousiasme M. le Dr Simard, Sr., comme président, et M. le Dr R. Fortier, comme secrétaire de cette société.

Le président fait lecture d'un très intéressant travail sur les "progrès de la médecine à Québec, depuis 50 ans."

Le Dr Fortier traite de main de maître du "Rôle du médecin dans la prophylaxie privée et publique de la tuberculose."

Le Dr J. O. Sirois, de St-Ferdinand-d'Halifax, entretient ses confrères sur la question importante de la "Licence interprovinciale. Sa parole abondante, toute de conviction et servie d'arguments solides, est écoutée avec le plus grand intérêt, et l'assemblée se montre prodigue de ses applaudissements au Dr Sirois.

M. le Dr C. R. Paquin rencontre un auditoire tout à fait sympathique lorsqu'il propose de réserver nos forces et de réunir en seconde convention tous les médecins Canadiens-Français en 1902, faisant coïncider ce conventum avec les fêtes de noces d'or de l'université Laval, qui auront lieu à cette date.

Le Dr Brochu invite ensuite ses confrères à jeter les bases d'une Association Médicale de langue française pour l'Amérique du Nord, en démontrant avec éloquence son opportunité et ses immenses avantages.

Le Dr Faucher ajoute qu'on ne peut choisir un plus beau jour pour la formation d'une telle association, essentiellement nationale. Il demande et obtient la formation d'un Comité chargé de l'étude de ce projet afin d'y faire suite le plus tôt possible.

Le président du Bureau de Médecine, le Dr E. P. Lachapelle, se déclare heureux de concourir dans un semblable projet. Il en félicite l'auteur, et il promet d'y accorder son puissant concours, et d'insister auprès de ses confrères de Montréal pour aider fortement la formation de cette grande association.

Après deux jours de travaux, la convention des médecins de la Province de Québec, qui s'étaient réunis pour célébrer l'anniversaire de la fondation du bulletin médical et en même temps fonder surtout une association médicale française de l'Amérique du Nord, s'est ajournée, hier soir, après avoir été couronnée du plus grand succès. Nombreux étaient ceux qui ont cru devoir assister, lundi après-midi et hier aux séances médicales données dans la salle des Promotions de l'université Laval.

Les organisateurs de cette réunion peuvent se féliciter du résultat obtenu et le succès remporté doit les dédommager des soucis et des ennuis causés par les préparatifs.

Cette réunion dont parlera longtemps ceux qui ont eu le plaisir d'y assister, s'est terminée par une promenade aux Châtes Montmorency, à bord des nouveaux chars du tramway électrique, c'est-à-dire que messieurs les médecins ont inauguré la nouvelle ligne de locomotive entre Québec et les Châtes Montmorency.

LE BANQUET AU FRONTENAC.

Le banquet au Château Frontenac sous la présidence du Dr Michael Ahern a été d'un succès complet, et il nous a été donné d'entendre prononcer des discours que nos lecteurs seraient sans doute heureux de lire.

MENU

Petites Bouchées de Homard à la Riche
 Consommé de Volaille au Brunoise
 Petites Truites du Lac Munière
 Concombres. — Pommes Fondantes
 Ris de Veau piqué Braisé au Gourmet
 Agneau Printemps rôti sauce menthe
 Asperges au Beurre fondu. — Pommes Nouvelles Bouillies
 Sorbet au Champagne
 Caille sur Canapé au Cresson
 Salade de Laitue et Tomate
 Pouding Nersellroude
 Petits Fours Glacés
 Desserts. — Café Noir

ORDRES DES TOASTS

La reine, proposé par le Dr Ahern président.
 La ville de Québec, par le Dr Brochu.
 L'Université Laval, par le Dr Dorion, réponse par le Dr E. Turcot.
 La fête du jour, par le Dr Jobin, réponse par le Dr Simard, jr.
 La profession médicale, par le Dr Rousseau, réponse par les docteurs L. J. O. Sirois et Drum.
 Le collège des médecins de la province, proposé par le Dr LeBel, réponse par le Dr E. P. Lachapelle.
 Les sociétés sœurs, par le Dr C. R. Paquin, réponse par le Dr Albert Lesage, de Montréal, et le Dr Lessard.
 La Presse Médicale, proposé par le Dr Langlais, réponse par les docteurs Fauchers et Benoit.
 Le Conseil d'Hygiène de la Province, par le Dr Fortier, réponse par le Dr Lachapelle.
 Les Dames, par le Dr DeVarences, réponse par le Dr Masson.
 La Presse, par le Dr Morissette, réponse par J. W. Sirois de "l'Événement".
 Le président de la Société Médicale, par le Dr Brophy, réponse par le Dr Ahern.

* * *

Le plus grand nombre des médecins sont partis, pour leur foyer enchantés de leur court séjour à Québec, et se promettant de revenir en 1902, à l'occasion des noces d'or de l'Université Laval.

En somme, succès complet, et de nouveau, nous disons que messieurs les organisateurs doivent être bien heureux et peuvent se féliciter du résultat obtenu.

TABLES DES MATIÈRES

Travaux Originaux.

A		D		I	
Adéno-phlegmon du cou, par M. le Dr Fournier..... 338		Déontologie en gynécologie et sujets collatéraux par M. le Dr M. T. Brennan..... 281		Interrogatoire. De l'— et de l'examen de la patiente par M. le Dr M. T. Brennan.... 17	Corps étrangers du— par M. le Dr Henri Duhamel... 209
Anus. Absence congénitale l'— par M. le Dr J. N. Aumont..... 385		Diphthérie (maladies infectieuses) par M. le Dr Pierre Bédard..... 265, 282, 298, 313		Irrigations. Les— vaginales et les hautes injections rectales en gynécologie, par M. le Dr M. T. Brennan 25, 33, 41	O
B		E		K	Oeil. Traumatisme de l'— par M. le Dr Jéhin-Prume 401
Blennorrhagie par M. le Dr Pierre Bédard..... 369, 377		Ecole médicale belge par M. le Dr Jéhin Prume..... 65		Kystes du mésentère-Hématome de la trompe droite par M. le Dr M. T. Brennan.... 297	Oreille. Corps étrangers du conduit de l'— externe droit par M. le Dr Henri Duhamel 209
C		F		L	P
Caféine, La— dans les épanchements séro-fébrineux de la cavité pleurale par M. le Dr J. C. S. Gauthier.... 49		Faculté Royale de Médecine de Bruxelles par M. le Dr Jéhin-Prume..... 233, 241		Lymphadénome guéri par l'extrait thyroïde, par M. le Dr J. N. Aumont..... 385	Polyclinique Canadienne-française..... 402
Cocaïne en obstétrique par M. le Dr J. N. Aumont.... 385		Fèvre typhoïde. Un cas de — traité par la méthode de Woodbridge par M. le Dr Sabourin..... 42		M	S
Coryza; polypes nasaux; extraction suivie d'éthmoïdite; curetage des cellules éthmoïdales; guérison, par M. le Dr C. A. Wilson-Prévost..... 113		Filles ou garçons à volonté ! Nire..... 331		Maladies infectieuses (le partie). De l'examen bactériologique dans le diagnostic des— par M. le Dr Pierre Bédard..... 89, 105	Société Médico-psychologique de Québec..... 34, 159, 167, 174
Conjonctive. Traitement de la— granulaire par l'électrolyse combinée au sublimé et au jéquirity, par M. le Dr Jéhin-Prume..... 129		H		Myomes utérins multiples, grossesse. Laparotomie exploratrice, a v o r t e m e n t. Myomectomie. Guérison par M. le Dr M. T. Brennan 145	Sanatorium. Les — et les tuberculeux indigents par M. le Dr D. Lecavalier.... 201
Coq-à-l'âne médicaux (Nirè) 177, 185, 225, 242, 273, 289, 305, 315, 322, 330, 347, 378, 385		Hernie de la ligne semi-lunaire de Spigel. Opération, guérison par M. le Dr M. T. Brennan..... 337		N	T
Cystotomie sus-pubienne avec drainage dans les affections de la vessie chez la femme par M. le Dr M. T. Brennan 329		— sus-ombilicale de la ligne blanche. — pigastrique par M. le Dr M. T. Brennan.... 345		Nez. Syphilide tuberculo-ulcéreuse du — par M. le Dr Jéhin-Prume..... 137	Tuberculose (maladies infectieuses) par M. le Dr Pierre Bédard. 105, 121, 153, 161, 193, 249
		Hypodermoclyse et entéro-clyse appliquée au traitement de la toxicohémie puerpérale, par M. le Dr J. C. S. Gauthier..... 361			U
					Urinaire. Les désordres —, surtout chez la femme par M. le Dr M. T. Brennan, voir vessie.
					Y
					Yeux. Des sels d'argent en thérapeutique oculaire par M. le Dr Jéhin-Prume..... 169

Revue des Journaux.

A		B		C	
Abcès. Traitement des — de la glande pulvo-vaginale... 119		Des— pro-ccécales..... 292		Albuminurie hépatique..... 170	enfants..... 262
— rétro-pharyngien des nouveau-nés..... 400		Diagnostic des— géniennes 388		— intermittente des adolescents..... 250	Antikamnia. Les tablettes d'— 278
Actinomycose. Symptôme précoce de l'—..... 66		Adénopathies tuberculeuses chirurgicales..... 373, 379		Algidité progressive des nouveau-nés..... 213	Anémies. Usage combiné du fer et de l'arsenic dans le traitement des—..... 390
L'iodure de potassium et l'—..... 94		Air. De l'— liquide en thérapeutique..... 70		Alcool et épilepsie..... 372	De l'— syphilitique..... 407
Acné vulgaire, sa description son traitement..... 86		Aliéné. Méconnus et condamnés..... 8		Amygdalite. Diagnostic et traitement de l'—grippale. 12	Augmentation brusque du poids de certains enfants dans les quelques jours qui précèdent la mort..... 398
Traitement de l'—..... 248		Recherches sur l'analgésie du cubital chez les—..... 232		Amygdales. Tuberculose des— 330	Anévrisme. Les douleurs dans l'— de l'aorte..... 342
Accouchées. Du séjour au lit des—..... 92		Allaitement. La menstruation de la nourrice est-elle préjudiciable à l'— du nourrisson 32		Anorexie. Traitement de l'— chez les enfants..... 7	— poplité, extirpation, guérison..... 372
Suite..... 99		De l'—chez les femmes qui ont eu de l'albuminurie de la grossesse..... 69		Angines diphthéroïde..... 63	Anasarque. Procédé rapide de cure mécanique de l'— 327
Accouchement. La fièvre du travail dans l'—..... 333		Alcoolique. La responsabilité des alcoolisés..... 40		Pronostic de l'—de poitrine — de Vincent..... 379	Aorte. Les douleurs de l'anévrisme de l'—..... 342
Des rapports de l'hystéropexie avec la grossesse et l'— 395		Alcoolisme et tuberculose.. 57		Anesthésie. Sur l'— générale au chlorure d'éthyle..... 98	Apoplexie de l'utérus..... 93
Adénite tuberculeuse cervicale..... 171		Hospitalisation des alcoolisés 382		Anus. De l'Ichtyol dans les fissures anales..... 83	Le diagnostic différentiel entre l'— hystérique et l'— organique..... 114
Guérison des— sans cicatrices..... 269		Alcôës dans les ulc. variqueux 102		De la fistule à l'—..... 128	Aponévrose. Réaction de l'— plantaire..... 204
		Alopécies. Traitement des — consécutives aux états morbides généraux..... 102		Anaexites. Traitement opératoire des—..... 124	
				Angiomes. Traitement électrolytique des —..... 220	
				Antisepsie intestinale chez les	

Aphonie cérébrale..... 294
 Appendicite. Colique saturnine et..... 5
 — et grossesse..... 357
 Deux cas d'— hystérique traités chirurgicalement... 360
 Les pleurésies appendiculaires..... 365
 De l'intervention dans l'— 29,38
 Arthrites — et arthralgies du membre inférieur d'origine sympathique..... 3
 Artério sclérose. Nouveau traitement de l'—..... 7
 Etude clinique des troubles digestifs dans..... 131
 Traitement hygiénique et médicamenteux de l'—..... 267
 Arthritisme. De l'action thérapeutique des courants de haute fréquence dans l'—... 20
 Du rôle de l'— dans la pharyngite granuleuse..... 315
 Artère. Rétrécissement acquis de l'— pulmonaire et tuberculose pulmonaire.... 81
 Arthralgie. Le relâchement des symphyses et les pelviennes d'origine gravidique 325
 Arsenic. L'emploi des solutions d'— en injection rectales..... 125
 Ascite laiteuse..... 180
 Assurance. De l'importance des affections suppuratives de l'oreille au point de vue de l'— sur la vie..... 211
 Asynergie cérébelleuse..... 239
 Astragale. La luxation complète de l'—..... 43, 58
 Avortement tubaire..... 308

B

Bactéries. Sur le sort des — pathogènes dans les cadavres enterrés..... 72
 Basedow. Le bromure et l'iode de strontium contre la maladie de — chez les enfants..... 112
 Signification physiologique de la résection du sympathique dans la maladie de — etc..... 131
 La quinine dans le traitement de la maladie de —... 283
 Bartholinite. Traitement simple et sur de la — suppurée 366
 Bicyclette et grossesse..... 366
 Biernacki. Signe de —..... 232
 Blennorrhagie. Traitement de la — vaginale chronique par des tampons à la glycérine ehtyolée..... 15
 Pathologie et thérapeutique de la — utérine..... 171
 Traitement de la —..... 259
 — utérine..... 334
 Le mercuro dans la —..... 351
 Sur la — utérine..... 357
 Blépharite. Traitement de la — ulcéreuse..... 318
 Bromure. De la médication bromurée..... 6
 — dans l'épilepsie..... 358
 Bromipine dans le traitement

de l'épilepsie..... 308

C

Cacodylate de soude dans la pratique médicale d'après les plus récents travaux... 54
 Capsule surrénale. De l'usage de la — dans les maladies du nez et de la gorge..... 62
 Tuberculose des —..... 299
 Cacodylique. La médication — en dermatologie..... 125
 Elimination de l'acide — par les reins..... 335
 Calpotomie latérale..... 163
 Cardiopathie. De l'administration de caféine dans les — 189
 Caféine dans les cardiopathies 186
 Castration. Sur les avantages de la — totale dans les suppurations annexielles.. 197,205
 Calculs. La recherche des — dans le foie et dans la vésicule biliaire..... 343
 L'obstruction intestinale par les — biliaires..... 347
 Cardiaque, voir cœur.
 Cephalalgie syphilitique, voir syphilis
 Acide urique et —..... 383
 Céphalématome..... 116
 Chancre. Le traitement du — mou..... 61
 Valeur diagnostique et pronostic des adénopathies dans le — épithélial..... 91
 Caractères généraux du — syphilitique..... 383, 392, 394
 Chorée, menstruation et puerpéralité..... 43
 De la — surtout de son traitement..... 66
 Diagnostic de la — chez les femmes enceintes..... 132
 Chéloïdes. Sur les —..... 122
 Les injections d'huile créosotée dans le traitement des — 276
 Chlorose. Les lavement de fer dans le traitement de la — 270
 Des souffles du cœur chez les chlorotiques..... 276
 Cheyne-Stokes (respiration) dans la néphrite interstitielle..... 225
 Chlorhydropeptique(médica.) 284
 Cholécystite calculuse..... 290
 Charbon. Trois cas de — de l'homme guéris par le sérum sclavo..... 248
 Cirrhose voir foie
 Cinnamique. L'acide — dans la tuberculose..... 119
 Clavicule. Technique du traitement des fractures de la — par le massage..... 106
 Colique saturnine et appendicite..... 5
 La — hépatique..... 235, 243
 Les compresses d'alcool comme traitement des — appendiculaires..... 405
 Coqueluche. Diagnostic précoce de la —..... 2
 De l'eau oxigénée en évaporation contre la —..... 374
 Les affections cérébrales au

cours de la —..... 403
 Cornée. Traitement des ulcères infectieux de la —..... 30
 Cœur. Maladie du — chez l'enfant..... 31
 Le cœur chez les phtisiques 58
 Des troubles de l'inervation motrice du —..... 66
 Le choix d'un médicament cardiaque..... 87
 Percussion du — par dépression latérale..... 130
 Plaie du ventricule gauche du — traité par la suture... 165
 Les ectopies cardiaques.209,217
 Dilatation stomacale et troubles cardio-pulmonaires... 257
 Le — chez les tuberculeux. 275
 Des souffles du — chez les chlorotiques..... 276
 Polyurie et imperméabilité rénale chez les cardiaques artério-scléreux..... 347
 Nouvelles recherches sur le volume du — et les modifications de la circulation périphérique dans la tuberculose..... 355
 Du rythme couple du — dans les maladies aiguës... 356
 La strophantus dans les affections cardiaques..... 396
 Convulsion. Considérations cliniques sur l'avenir des — infantiles..... 46
 Étiologie des — infantiles. 188
 Coxalgie. sur un cas de — histérique..... 103
 Coccidiosa. Notes sur les — humaines, sous forme de tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané et des boursois séreuses..... 139
 Col, voir utérus.
 Coma. Traitement du — diabétique par les injections de sérum physiologique..... 214
 Coccygodynie..... 342
 Coryza. Du rôle du — dans la mortalité des nouveaux-nés syphilitiques..... 278
 — syphilitique des nouveau-nés
 Colpotomie. Laparotomie et — vaginale..... 351
 Cou. Tumeur gazeuse du — 356
 Conjonctive. Troubles vasomoteurs hystérique de la — 365
 Colloïdion à l'ichthyol contre les taches vasculaires des nourrissons
 Croissance. Les arrêts de — 271
 Cure radicale de la disjonction des muscles droits à la suite de couche..... 123
 Cubitus. Fracture du — par cause directe..... 404
 Cubital. Recherches sur l'analgésie du — chez les aliénés 232
 Cystite. Résection bilatérale de la branche périnéale du nerf honteux interne dans la — douloureuse..... 236
 L'étiologie de la — infectieuse..... 300
 Cystocèle. Traitement opératoire de la — vaginale par un procédé spéciale de cysto-

hystéropexie..... 139

D

Dermatose. Les — chlorotiques..... 39
 De l'origine gastrique d'un certain nombre de —..... 71
 Déciidrome malin..... 44
 Dermatite polymorphe douloureuse..... 143
 Délire toxémique des cardiaques..... 163
 Le — dans les maladies aiguës 263
 — aigu..... 359
 Essai sur la pathogénie du — de la paralysie générale 391
 Démence précoce des jeunes gens..... 284
 Digestion. Troubles digestifs dans l'artério-sclérose..... 131
 Sur la — du lait..... 322
 Digitale. Théobromure et — 199
 Contre-indication de la — 381
 Dionine. Communication sur quelques recherches sur la — dans la psychose..... 285
 Valeur thérapeutique de la — 294
 Drainage des collections péritonéales par la voie rectale 44
 Duodénum. Ulcères du — duodénoplastie..... 13
 Dysentérie. Du permanganate de potasse dans le traitement de la —..... 173
 Dyspepsie. Valeur du signe costale dans l'entéroptose et la — nerveuse..... 203
 Traitement des — hyper et hypo-chlorhydriques... 214, 222
 Dychondroplaste..... 308

E

Ectopies cardiaques 209, 217, 226
 Eczema. Traitement de l'— par des injections sous-cutanées de sérum artificiel... 182
 Echymoses spontanées chez les neurasthéniques..... 317
 Endocardite. De l'— rhumatismale maligne..... 15
 Diagnostic précoce de l'— pneumonique..... 23
 Entorses. Traitement des — du pied..... 22
 Enceinte, voir grossesse.
 Entérite et infection intestinale..... 140, 150, 156, 161
 Encéphalopathie. Contribution à l'étude de l'— saturnine et de son traitement par la saignée et les injections de sérum artificiel... 170
 Entéroptose. Valeur du signe costal dans l'— et la dyspepsie nerveuse..... 203
 Endométrite. Traitement de l'— chez les nullipares 344
 Traitement de l'— — sénile et cancer du corps de l'utérus. Diagnostic différentiel..... 390
 Epistaxis. Traitement des — par traction de la langue 112, 196
 Épanchements urinaires d'origine rénale..... 237

L'état inflammatoire de la la péritonite..... 71	Plaies. Traitement des— pénétrantes de poitrine..... 52	Pyopneumothorax. Diagnostic entre le— sus-phrénique et le— sous-phrénique..... 97	différentiel entre la— insulaire et l'hystérie 277
Diagnos. de l'obstruction intestinale) d'avec la péritonite..... 82	Pneumothorax. Contribution au diagnostic et au traitement du—..... 379		Un cas de— en plaque. Un nouveau signe 367
Nouvelle contribution au traitement de la— purulente diffuse..... 131	Pneumonie. Le pouls hésitant et sa valeur pronostic dans la— franche lobaire aiguë..... 6	R	Scaplamine dans l'épilepsie 359
Traitement médical de la— tuberculeuse..... 141	Traitement de la— franche chez l'enfant..... 26	Rachitisme. Traitement du— par l'injection de capsules surrénales..... 182	Suites de couche et fièvre typhoïde 381
La— blennorrhagique chez les petites filles..... 206	Position de Melli-Walcher.... 45	Traitement du—..... 213	La tuberculose dans les relations avec la grossesse et les suites de couche 381
— tuberculeuse guéri par les rayons X..... 257	Polypes. Traitement des— de l'utérus..... 52	Raynaud (maladie de) guérie par la maniluve électro-galvanique..... 257	Sclavo(sérum) contre le charbon de l'homme 247
Péritonite diffuse aiguë à gonocoques..... 301	Des— papillaires du col dans leurs rapports avec la puerpéralité..... 187	Responsabilité des alcoolisés. 40	Sérum du lait de vache 55
La laparotomie dans la— tuberculeuse..... 348	Poitrine. Pronostic de l'angine de—..... 236	Rein. Des hématuries dans les néoplasmes du—..... 106	Traitement du psoriasis, de l'eczema et du prurit par des injections sous-cutanées de— artificiel 182
Permanganaté de potasse dans le traitement de la dysentérie et de la rectite.... 173	Pouls lent..... 275	La fragilité du— dans la syphilis..... 200	— physiologique dans le coma diabétique 214
Périnée. Traitement de la rigidité du—..... 197	Poumon. Œdème aigu du— après la thoracentèse..... 291	Des épanchements urinaires d'origine rénale..... 237	Les indications du— artificiel en psychiatrie 397
Peau des femmes enceintes et atteintes d'affections génital 230	Pott (mal). Résection des vertèbres dans la paralysie du—..... 332	Laparotomie et lésions rénales silencieuses..... 268	Sein. Diagnostic différentiel du sarcome du— et du cancer 179
Péricystite au cours des suites de couche..... 230	— disparition de la gibbosité par le décubitus ventral.... 366	Elimination de l'acide cacodylique par les reins..... 335	Sialorrhée dans le tabes 143
Péritonisme, voir péritoine.	Polyurie et imperméabilité rénale chez les cardiaques artério-scléreux..... 348	Traitement de la tuberculose du—..... 365	Signe costal dans l'entéropose et la dyspepsie nerveuse 203
Phtisie, voir tuberculose.	Poplité. Anévrisme— extirpation, guérison..... 372	Traitement de l'insuffisance rénale..... 375	Smegma. Bacille du— 63
Phimosis. Comment il faut pratiquer l'opération du— congénital..... 186	Prurit. Le traitement du— par l'acide lactique..... 16	Rectaux, voir rectum.	Soude (salicylate) dans le traitement de l'orchite blennorrhagique 211
Phénocole (hydrochlorate) dans l'idiosyncrasie quinique et dans le rhumatisme articulaire..... 207	Traitement du— par les injections sous-cutanées de sérum artificiel..... 182	Rétrécissement. Traitement par l'électrolyse des— en général..... 244	— son action sur le nutrition et en particulier sur la sécrétion biliaire 350
Phadégénisme dans les syphilitides tertiaires et du traitement de ces syphilitides... 207, 215	Le— et la trichotillomanie chez les paralytiques généraux..... 264	Rectum. Les grands prolapsus rectaux..... 403	Sommeil et ses accidents 397
Phlébite. Diagnostic différentiel entre la— suppurée et la lymphangite pelvienne dans l'état puerpéral, etc De la— variqueuse et en particulier de son influence curatrice sur les varices... 300	Prostastisme, voir prostate	Réflexe cutané plantaire..... 122	Splénique (extrait). Valeur thérapeutique de— 157
Pharyngite. Du rôle de l'arthritisme dans la— granuleuse..... 315	Prostate. Traitement du prostatisme par l'électrisation et le massage..... 253	Rectite. Du permanganate de potasse dans le traitement de la—..... 173	De l'hypertrophie — au cours des hépatites 194
Pharyngien (rétro). Abscès— des nouveau-nés..... 400	Contribution à l'étude de la structure histologique de l'hypertrophie de la— etc 253	Rhumatisme. L'hydrochlorate de phénocole dans le— articulaire..... 207	Spina-bifida. Traitement du— 406
Pilocarpine dans les affections oculaires, voir yeux.	Priapisme épileptique..... 119	Rigidité. Sur les causes et les variations de la— cadavérique..... 23	Stomacal, voir estomac.
Pied. Le traitement chirurgical de certain— bots paralytiques par la greffe anastomotique musculaire ou tendineuse..... 21	Psoriasis. Taitement du— aigu 389	Rougeole. Du diagnostic précoce de la—..... 100	Strophantine dans les affections cardiaques 396
Traitement des entorses du—..... 22	Psychoses traumatiques..... 62	La désinfection dans la—.. 327	Sterno-mastoidien, voir muscle.
Traitement de quelques troubles trophiques du— etc 83	— puerpérale..... 119	Rotule. Fracture de la— chez l'enfant..... 101	Stomatite. Diagnostic différentiel des— infantiles et leur traitement 124, 134
Rétraction de l'aponévrose plantaire..... 204	Action sédative du bleu de méthylène dans les différentes formes de—..... 199	Sages femmes. Instruction pour les— proposées par le gouvernement belge 270	Suggestion. De l'hypnose et de— en médecine légale 71
Traitement du mal perforant plantaire, etc..... 309	Traitement de— périodiques par l'atropine en injections sous cutanées..... 284	Sanatoria 311	Suicide. Son traitement 391
Placenta. De l'enchatonnement du—..... 29, 59, 75, 84	Communication sur quelques recherches sur la Dionine dans la—..... 285	Salol (tribromure de) dans l'épilepsie 309	Sudan III 63
Pleurésie. Traitement de la— par les applications locales de gaiacol..... 94	— toxique par abus de tyroïdine..... 359	Schrœder. L'opération de— dans les inflammation cervicales..... 5	Suppuration. Le traitement de la— par la nucléine 55
Traitement de la— séro-fibrineuse par les injections de liquide pleurétique..... 231	Psoriasis. Traitement du— par des injections sous-cutanées de sérum artificiel 182	Scorbut infantile..... 20	Sur les avantages de la castration totale dans les— annexielles 197, 205
Les— appendiculaires..... 365	Psychiatrie. Les indications de sérum artificiel en—.... 397	Sciatique. Traitement de la— par l'ichtyol administré à l'intérieur 47	Syphilides. Du phagédénisme dans les— tertiaires et du traitement de ces— 207, 215
Plantaire voir pied.	Pseudo-hydro-néphrose traumatique..... 403	Scoliose. Traitement de la— 51	Symphise. Le relâchement des— et les arthralgies pelviennes d'origine gravique 325
	Pupille. Sur un phénomène pupillaire non décrit..... 232	Scarlatine. Méningite scarlatineuse 53	— son action sur la nutrition et en partilier sur la sécrétion biliaire 350
	Contribution à la valeur sémiologique de la—..... 255	Traitement de la néphrite scarlatineuse 304	Sycoosis de la moustache et de la lèvre supérieure, son origine nasale 152, 173
	Purpura hystérique spontané 382	L'arsenic dans le traitement de la— 390	Sympathie. Contribution à la pathologie de la— conjugale. Une interprétation physiologique de la "couvade" 170
	Pustules. Signe différentiel des— varioliques chez les vaccinés et les non vaccinés 355	Scrofule et tuberculose 69, 74	Syringomyélie avec fracture spontanée et résorption des deux têtes humérales 66
		Scrotum. La lymphangite gangréneuse du— en particulier chez le nouveau-né 198	Sympatique. Résection par-
		Sclérose. Sur le diagnostic	

Formulaire.

A	Dentifrice. Elixir-- antiseptique	8	Herpès. Traitement abortif de l'---	336	Q	Quinine en obstétrique	8
Alopécie syphilitique	144	Diabète sucré	24	L	R	Rein. Tuberculose du---	176
Amygdale aiguë	62	Dentition. Sirop de---	32	Lumbago	56	Rhinite gonorrhéale des enfants	120
Aménorrhée	128	Delirium tremens	48	Lupus. Traitement du---	264	S	
Antiseptique (poudre)	352	Potion contre le---	407	M		Sciaticque	88
Angine. Mixture pour badigeonnage contre l'--scarlatineuse des enfants	360	Diabète. Limonade pour les diabétiques	56	Ménorrhagie	40	Scarlatine. Mixture pour badigeonnage contre l'angine scarlatineuse des enfants	360
Aphtes. Collutoire contre les---	168	Diathèse urique	63	Mouche indolore	312	Séborrhée. Friction contre la -- du cuir chevelu chez les enfants	384
B		Dysménorrhée	160	Morphinomanie. Traitement de la---	352	Stomatite grippale	278
Basedow (maladie de). Mixture contre l'œdème des membres dans---	368	Dyspepsie. L'ipica dans la-- avec insuffisance motrice de l'estomac	16	N		Strontium. Formulaire des sels de---	296
Bronchorrhée	176	Dysentérie des enfants	56	Névralgie intercostale	40	Syphilides palmaires	312
C		E		O		T	
Carie dentaire	56	Eczéma	88	Obstétrique. Quinine en---	8	Téobromine	40
Calvétié	56	Démangeaison de l'-- sec ou du prurigo	96	Otite aiguë	56	Teigne tondante	112
Cascara. Elixir de---	160	Epistaxis	248	P		Tuberculose rénale	176
Céphalalgie	63	Esquinancie	104	Pelade	72	Transpiration des tuberculeux	240
— ovariennes	79	F		Pelvis. Congestion pelvienne	69	Traitement de la-- pulmonaire par la formaline	344
— des neurasthénique	79	Fièvre. Potions toniques dans la-- typhoïde des enfants	304	Plaie. Poudre pour le pansement des --	152	U	
Chrysarobine dans les hémorrhoides	336	Gargarisme astringent	32	Pneumonie catarrhale des enfants	104	Urétrite blennorrhagique	72
Cils. chute des---	168	G		Prurit. Traitement du-- sénile généralisé par l'antiseptique intestinal	16	Urticair. Traitement de l'--	304
Coqueluche	32	Haleine. Pastilles contre la fétidité de l'---	407	--- vulvaire de la grossesse	120	V	
Cocaine. Solution de--inaltérable	48	Hémorrhoides	256	Lotion contre le-- dans les diverses affections cutanées	408	Verrues. Un traitement des---	352
Cystite aiguë	48	Traitement des -- par la chrysarobine	336	Prurigo. Démangeaison du---	69	Vomissements incoercibles	248
Colique	104	H		Purgatif agréable	216		
— chez les enfants	128						
Convulsions	144						
Constipation. Traitement de la-- des nouveau nés	392						
D							
Dents. Carie des---	56						

Nouvelles et Variétés.

American Electro-Therapeutic Association	48	Nire	77	Influence française au Canada	256	par M. le docteur L. J. O. Sirois	127, 164
American Association of Obstetricians and gynecologists	56	Amicus	77, 182	Licence interprovinciale. Le projet de---	279, 285	Revue critique de médecine et de chirurgie	160
American Medical Association	280	Lecteur	79	Mariage	48, 80, 192, 280, 376	Société médico-psychologique de Québec	8
A nos lecteurs	1, 40, 209	M. le Dr Séverin Lachapelle	95	Mississippi Valley Medical Association	56	— de neurologie de Paris	24
Anniversaire de mariage	288	Justice	96	Militaire	136	Université Laval à Montréal	24
Archives de neurologie	184	Dr Nibor	136	Naissance	96, 184, 192, 216, 232, 256, 280, 304, 328, 336, 352, 400	Utilité d'une union de défense médicale	88
Association des internes de l'hôpital Notre-Dame	191, 240, 337	M. le Dr L. J. V. Cléroux	158	Nécrologie	47, 72, 88, 136, 152, 160, 192, 200, 216, 256, 264, 288, 304, 336, 352, 360, 384, 400, 408	Q. I, II, 48, III, IV, V, 56, VI, VII, 64, VIII, IX, 72, X, 80, XI, 89, XII, 104, XIII, XIV, 144	
Association médicale du Canada	40, 80, 312	M. T. E. W. Lecours	191	Nouveaux médecins	408	Questions non répondues	XV 192, XVI, 278, XVII 288, XVII 304
Banquet des étudiants en médecine	280	M. le Dr J. N. Chevalier	295	Petites nouvelles	64, 72, 104, 112, 144, 176, 184, 192, 200, 208, 232, 256, 280, 296, 304, 344, 352, 360, 376	R. I 56, II 63, V 64, III 69, VI 79, VIII 103, XII 104, VII 112, XII 136, XIII 183, XIV 199, XVII 320, XVI 384	
Bill Roddick. La question du -- par le Dr L. J. O. Sirois	302, 310	Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales	288	Revue des livres	47, 55, 72, 112, 184, 192, 250, 256, 288, 304, 328, 336, 368, 384, 392, 407		
Bulletin médical de Québec	104	Collège des M. et C. P. Q.	88	Réciprocité interprovinciale			
"Claude Paysan"	143	Comité d'études médicales	120, 136, 144, 167				
Correspondance. M. le docteur S. Choquette	72	Congrès. XIII--international de médecine	311				
Dr Desplin	76, 127, 190	La presse médicale au-- médical à Québec	312, 375, 408				
		Etudiants du McGill	288				
		— du Laval	290				
		Examens pharmaceutiques	128				
		Hôpital Notre-Dame,	281				