

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Continuous pagination.

- 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.

# TRAVAUX ORIGINAUX.

---

## Quelques notes sur l'emploi de l'anesthésie pendant l'accouchement

Par le DR. J. E. BERTHELOT.

---

(suite et fin.)

Il reste maintenant à étudier la partie pratique de ce travail que je divise en deux parties bien distinctes : 1<sup>o</sup> l'anesthésie chirurgicale ; 2<sup>o</sup> l'anesthésie obstétricale.

Par anesthésie chirurgicale j'entends ce degré de chloroformisation que le médecin doit atteindre quand il s'agit de faire subir à une femme en travail, une opération difficile, longue ou douloureuse, comme est la version, l'application du forceps, etc. Le nom d'anesthésie obstétricale a été donné par les partisans de cette pratique à ce demi-degré d'anesthésie suffisant, pour soulager presque complètement la femme dans le cours d'un accouchement simple et naturel. Il n'y a donc pas deux espèces d'anesthésie, mais seulement des degrés différents dont le médecin peut se servir selon les circonstances. Si quelquefois, comme tout le monde l'admettra, nous sommes appelés à administrer l'opium à la dose d'un demi-grain, pour le donner dans un autre cas à celle de plusieurs grains il doit en être de même du chloroforme comme de tous les autres remèdes qui selon les circonstances demandent à être donné à de fortes ou petites doses.

En parlant de l'anesthésie chirurgicale je ne puis mieux faire pour vous en prouver l'opportunité que de vous citer un extrait des leçons de clinique obstétricale, de Monsieur Depaul. Si ce savant professeur n'aime pas ce que nous sommes convenu d'appeler l'anesthésie obstétricale, il est complètement en faveur de l'emploi du chloroforme pour la moindre opération pendant l'accouchement.

“ Pour ma part, dit-il, je ne comprends pas que l'on tente

“ une opération sérieuse sur une pauvre femme qui souffre  
 “ peut-être déjà depuis longtemps sans lui donner le bénéfice  
 “ du sommeil ansthésique. Sans vouloir entrer aujourd’hui  
 “ dans l’exposé de la conduite à tenir auprès d’une femme dont  
 “ l’accouchement nécessite une intervention manuelle ou ins-  
 “ trumentale, je puis énoncer ce principe général, que, sauf  
 “ indications contraires, ou refus formel de la patiente, il faut  
 “ toujours donner du chloroforme quand on va pratiquer une  
 “ version, une application de forceps pénible, une céphalo-  
 “ tripsie, etc.”

Cette opinion est aussi l’opinion presque unanime des accoucheurs du jour. Mais, selon nous, ce n’est pas seulement quand il s’agit de faire une version, une application de forceps que l’on peut donner le chloroforme jusqu’à perte de la sensibilité et du relâchement musculaire. Aussi, sans vouloir ni pouvoir mentionner ici tous les cas où le chloroforme est indiqué, permettez-moi d’en citer quelques-uns.

Dans les cas de rigidité prolongée du périnée, et surtout du col de la matrice, on se trouve très-bien de l’emploi d’un ansthésique. Nous avons déjà noté quelle influence remarquable le chloroforme avait sur les muscles du périnée. Fait étrange, l’anesthésie chloroformique qui ne semble pas agir sur le corps de l’utérus, influence notablement le col, du moins en ce sens qu’elle facilite sa dilatation. Cette différence d’action semble moins extraordinaire si on réfléchit aux différences qui existent entre le corps et le col de l’utérus. La circulation du col comme son innervation diffèrent complètement des mêmes fonctions du corps. Il n’y a pas même jusqu’à la disposition des fibres musculaires qui ne diffèrent considérablement. Ces différences pourraient expliquer la sensibilité du col à l’encontre de l’insensibilité du corps pour l’anesthésie. Toujours est-il que c’est un fait clinique remarqué par beaucoup d’accoucheurs et qu’il vous est facile de vérifier vous-même. M. W. Keating, le savant professeur d’obstétrique à Philadelphie, dit qu’il ne connaît pas d’agent pour agir si sûrement et si favorablement dans la rigidité du col que le chloroforme en inhalations.

L’anesthésie trouve encore son indication dans ces accouchements longs et difficiles que les Anglais appellent *tedious labours*. Dans ces cas, la femme est découragée, fatiguée par la lenteur du travail, et surtout par ces fausses douleurs qui siègent dans les muscles abdominaux et les lombes. Le médecin, après avoir endormi la patiente, peut alors terminer artificiellement l’accouchement ou le laisser aux seules forces de la nature, tout en évitant la souffrance à la parturiente.

Vous trouverez encore, messieurs, l’emploi du chloroforme

très-utile dans la dernière période de l'accouchement de certaines primipares dont le travail long et fatigant a épuisé les forces morales et physiques. Tellement que la moindre rigidité des parties génitales externes menace de prolonger le travail encore longtemps. La femme vous sera alors très-reconnaissante de mettre fin, sans douleur, à des souffrances et des efforts qui semblent vouloir s'éterniser.

Enfin, pour ne pas trop prolonger cette énumération, je ne mentionnerai plus qu'une circonstance où le chloroforme est indiqué et rend de grands services. C'est dans l'extraction difficile du placenta, causée par les contractions irrégulières de l'utérus, *hour-glass contractions* des Anglais, que Keating recommande encore fortement l'emploi du chloroforme.

Mais est-il aussi légitime d'employer les anesthésiques dans l'accouchement physiologique, dans le seul but d'éviter les souffrances concomitantes de cette fonction? Telle est la question que je vais maintenant examiner et que j'espère pouvoir résoudre par l'affirmation. L'accouchement est un phénomène physiologique, qui est accompagné de douleurs et souvent de douleurs réellement intenses. Doit-on diminuer ou même supprimer ces douleurs? Voilà la grande question. A mon avis cela est incontestable, car diminuer la douleur est un des devoirs les plus stricts du médecin quand il le peut. D'un autre côté, puisque les contractions des muscles lisses de l'utérus, qui causent ces douleurs, sont nécessaires pour la terminaison de l'accouchement, mais non la perception de cette douleur, il n'y a aucune raison valable qui s'oppose à l'emploi d'un moyen qui diminue cette douleur. On ne devrait s'en abstenir que si le moyen était dangereux ou s'il entravait réellement la marche de l'accouchement. Nous savons que le chloroforme n'entrave aucunement l'accouchement pas plus qu'il n'est dangereux pour la vie de l'enfant. La chloroformisation poussée à ses dernières limites n'est pas sans danger, mais l'anesthésie dont nous avons besoin en obstétric n'a pas, jusqu'à présent, causé d'accidents. Les patientes se laissent endormir facilement après quelques respirations sans le moindre symptôme d'agitation. Mais il n'est pas nécessaire d'aller jusqu'à la perte complète de connaissance, si l'on n'a pas d'autre but que celui de diminuer la douleur. Il suffit d'obtenir ce premier degré d'anesthésie ou il y a perte notable de connaissance et de sensibilité sans la pousser jusqu'à la résolution complète de système musculaire.

Une courte administration du chloroforme au début de la contraction suffit habituellement pour interrompre les manifestations, jusque-là éclatantes, de la douleur. Quand on donne le chloroforme dans un accouchement naturel dans le seul but

d'éviter à la femme les douleurs inhérentes à cette fonction, il faut l'administrer de la manière suivante : Commencer par des doses très faibles et les répéter souvent, surtout au moment des contractions. Après peu de temps la femme s'habitue à l'effet irritant des vapeurs chloroformiques sur ses premières voies respiratoires et tombe dans un état que je comparerai volontier, à un état un peu avancé d'ivresse alcoolique. Dans cette situation la femme n'a certainement pas connaissance de ce qui se passe autour d'elle et sa sensibilité est émoussée au point qu'elle ne ressent pas les douleurs de l'enfantement. Cependant si vous l'engagez à pousser ou à faire des efforts, elle pourra encore obéir à votre voix. Il arrivera quelquefois que la femme pendant cette demi-anesthésie se plaindra peut-être plus que pendant le réveil complet. Ces plaintes ne devront pas en imposer, car invariablement la femme après son accouchement vous dira qu'elle n'a rien senti, surtout si c'est une primipare. S'il survient un léger stertor, si la patiente n'obéit plus à la voix qui la sollicite, soit à pousser, soit à retenir ses efforts, alors il faut sans hésiter suspendre l'anesthésique. Car il ne faut pas l'oublier, dans ses cas d'accouchements naturels, c'est une demi-anesthésie qu'il suffit d'obtenir pour arriver au but proposé. Nous serions même coupable de pousser la chloroformisation à son dernier degré, car ce serait faire courir un risque inutile à notre patiente.

Tant qu'à la durée de l'administration du remède elle varie suivant les cas et la susceptibilité même de la femme. Il est facile de comprendre qu'avec les intermittences de ce mode d'administration on peut garder longtemps les femmes, sans danger, sous l'influence du chloroforme. Elles éprouvent un peu de somnolence, dans l'intervalle des doses, qui se prolongent également après l'accouchement ce qui est loin d'être un malheur.

Tous les jours ne nous arrive-t-il pas de donner l'opium à la suite d'un accouchement pour calmer la femme et lui procurer un sommeil réparateur.

Je reviens un instant, en finissant, sur cette idée d'une tolérance pour l'anesthésie à la dose qui paraît convenir aux conditions obstétricales. Et ici je cite textuellement le Dr. Campbell, ancien interne de la Maternité de Paris, et chef de clinique obstétricale à la même faculté, jouissant aujourd'hui d'une des grandes pratiques de la ville et partisan du chloroforme.

« Ce fait heureux, à savoir que, depuis vingt-cinq ans, dans le monde entier, pas un seul cas de mort en obstétrique, n'a pu être attribué à l'usage des anesthésiques : ce fait, dis-je.

“ rapproché de cette autre vérité malheureuse que les cas de  
“ mort, en chirurgie, dus au chloroforme, ne sont pas absolu-  
“ ment rares, ne fait-il pas songer à l'existence possible d'une  
“ certaine immunité de la femme en travail contre l'intoxica-  
“ tion chloroformique ? Serait-il illogique en comparant l'état  
“ de surexcitation physiologique, tant respiratoire que circu-  
“ latoire, qui accompagne la fonction de parturition, à cet  
“ autre état de prostration physique et morale dans lequel se  
“ trouvent plus ou moins plongés les individus qui réclament  
“ une intervention chirurgicale presque toujours inattendue et  
“ toujours surnaturelle, serait-il illogique, dis-je, de conclure  
“ de cette comparaison qu'il réside dans l'acte naturel de l'en-  
“ fantement un élément de résistance à l'empoisonnement  
“ chloroformique bien autrement prononcé que dans les cas  
“ chirurgicaux. Ne voyons-nous pas, souvent, l'activité d'une  
“ digestion ou l'excitation alcoolique portée à l'extrême anni-  
“ hiler ou retarder du moins les effets dus à l'absorption de  
“ certaines agents délétères ? Se passe-t-il quelque chose d'ana-  
“ logue pendant le chloroformisme de l'accouchement, cette  
“ lutte d'un organe contradicto au milieu d'un organisme calme  
“ d'abord, mais dont la vitalité finit par s'exalter au suprême  
“ degré ? Le système de circulation d'une femme enceinte et  
“ parturiente subit-il un état d'éréthisme qui lui permet de  
“ résister à l'influence paralysante du chloroforme, plus que  
“ celui d'individus qui déprime une affection chirurgicale lente  
“ ou soudaine, sans compter encore la crainte d'une opération ?  
“ La respiration de la femme en travail, surtout pendant les  
“ efforts de la seconde période, est montée à un tel diapason  
“ que l'échange des éléments respiratoires est bien plus éner-  
“ gique, permettant l'inspiration de plus d'air, la quantité de  
“ chloroforme restant la même, et l'expiration plus complète  
“ de ce qui reste de chloroforme non absorbé et des résidus  
“ plus ou moins normaux de la combustion pulmonaire. Ne se  
“ peut-il pas enfin, que l'effort obstétrical pousse vers le cer-  
“ veau, comme nous le constatons pour la face, en ondées in-  
“ termittentes, une quantité de sang suffisante pour fouetter la  
“ circulation des centres nerveux et en maintenir éloigné le  
“ péril d'une anémie trop complète ?

On a objecté à l'administration du chloroforme qu'il détermi-  
nait souvent des vomissements, même à dose fractionnée  
comme on doit le donner dans l'anesthésie obstétricale ou  
chloroformisation à la reine. Mais cela se produit chez les par-  
turientes en dehors de toute anesthésie, et n'a aucune influence  
défavorable sur les nouvelles accouchées. A leur réveil, elles  
se sentent ensuite très à leur aise, lorsque, l'anesthésie finie,

on ne les tourmente pas, mais qu'on les laisse tranquillement dormir.

C'est donc une question résolue pour moi : l'accoucheur est autorisé à proposer l'anesthésie, même dans les accouchements normaux, pour supprimer la douleur qui les accompagnent. Mais je ne veux pas dire qu'il faut pratiquer l'anesthésie dans n'importe quel accouchement. Quelques accouchements se font sans douleurs considérables et un emploi général du chloroforme est contre-indiqué par le trouble que donne son emploi au médecin et par le prix élevé de la drogue elle-même.

Mais si les circonstances ne s'y opposent pas, et si les douleurs sont réellement intenses, il n'y a pas de raison qui doive faire rejeter l'emploi du chloroforme. L'anesthésie rend dans ces cas de si grands services, et elle est si bienfaisante pour la parturiente qui se consume dans ses douleurs, que même les femmes, qui, au début, hésitaient à s'y soumettre, le réclament ensuite expressément dans leurs accouchements subséquents.

---

## Société Médicale de Montréal.

---

Séance du 9 Mai 1877

Le Dr. A. T. Brosseau, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Les Drs. C. Provost, J. B. Bouchard, L. M. Brunet et Th. Fafard sont admis membres actifs de la Société.

Le Dr. Elz. Berthelot donne lecture d'un travail sur l'emploi du chloroforme pendant l'accouchement.

Dr. A. Dagenais : Dans les accouchements, l'emploi du chloroforme devrait être l'exception et non la règle. Je ne suis pas en faveur de la demi-anesthésie, non-seulement parce que la chose n'est pas facile, mais aussi parce que souvent elle n'enlève pas complètement la douleur, vu que, durant son action, la femme continue de se plaindre; et si, à son réveil, celle-ci ne mentionne pas qu'elle a continué de sentir la douleur, c'est que le chloroforme le lui en a fait perdre le souvenir. A l'Hôtel-Dieu, souvent des malades après avoir été à demi-chloroformisés continuaient de se plaindre, et avouaient plus tard qu'ils avaient senti la douleur. L'accouchement est un travail physiologique, et la femme en général le supporte bien. On

voit des femmes, dans ces circonstances, endurer courageusement les douleurs les plus fortes, et ces mêmes femmes auraient de la difficulté à supporter la moindre opération.

Dans les accouchements difficiles, si on se sert du chloroforme on doit le faire avec prudence, parce que la connaissance de la femme est nécessaire pour avertir du danger menaçant d'hémorrhagie.

Je ne suis pas en faveur du chloroforme dans la pratique ordinaire de l'accouchement, parce que la demi-anesthésie, méthode généralement employée, n'enlève pas complètement la douleur, prive des efforts volontaires de la part de la femme, et, de sa connaissance pour nous avertir du danger d'hémorrhagie. Enfin il faut tenir la femme trop longtemps sous l'action du chloroforme.

Je sais bien qu'il y a beaucoup de statistiques favorables à l'usage du chloroforme durant l'accouchement, mais il arrive souvent des accidents qui ne sont pas toujours publiés, de fait, je ne parcours presque jamais quelques revues médicales entr'autres le *Medical News Library* sans y lire des mauvaises nouvelles sur le compte du chloroforme.

Dr. Elz. Berthelot : Le chloroforme ne doit pas être employé dans tous les cas d'accouchement, mais particulièrement dans les cas où l'intervention chirurgicale est nécessaire, ou encore dans les cas difficiles accompagnés de grandes douleurs. Afin de conserver les contractions utérines aussi bien que la contractilité des muscles abdominaux, il ne faut pas pousser trop loin les inhalations. Le meilleur mode d'administration de chloroforme consiste à employer l'anesthésique à petite dose quelque temps avant l'expulsion, pour enlever à la femme la douleur, ce qui rend les opérations manuelles ou instrumentales, s'il y a lieu d'en pratiquer, plus faciles et plus sûres.

On verse alors dans un cornet ou sur une éponge 20 à 25 gouttes de chloroforme que l'on administre, de temps en temps, jusqu'à la délivrance.

D'après la majorité des accoucheurs, l'anesthésie modérée n'abolit pas la contraction des muscles abdominaux pas plus que la contractilité utérine. MM. Depaul et Longet, entre autres, sont de cette opinion. M. Bouisson et Cazeau semblent croire que la contractilité des muscles abdominaux tient à une action réflexe de la moëlle épinière. D'après M. Longet, l'effort et celui qui accompagne l'accouchement en particulier, sont, en quelque sorte, une modification passagère de l'acte respiratoire. Or, la respiration, durant l'action du chloroforme, reste normale. Dans l'effort, les muscles des parois abdominales se



trouvent en jeu comme les muscles de la poitrine et le diaphragme.

Du reste, comme je viens de le dire, la contractilité des muscles abdominaux et de l'utérus se maintiendra en autant que l'on ne poussera pas trop loin les inhalations et que l'on se bornera à l'inhalation modérée.

Dr. E. P. Lachapelle. Le chloroforme rend service dans bien des cas d'accouchement, comme le prouvent les expériences nombreuses faites par des hommes recommandables. Je ne crois pas à la nécessité d'une pratique habituelle de la chose, pour la raison principale que si le chloroforme fait disparaître la douleur, il ne fait pas disparaître les dangers d'une mort subite. Cependant, avec l'indication, on est justifiable de l'employer, comme on le fait dans tout autre cas d'opération chirurgicale.

Dr. J. P. Desrosiers : Je suis bien d'opinion que le chloroforme devrait être réservé pour les cas difficiles ou les opérations chirurgicales. La parturition est accompagnée parfois de douleurs très-vives, d'autres fois bien tolérables, comme nous avons occasion d'en rencontrer des cas, mais ces douleurs sont physiologiques, et à tout considérer, dans les cas ordinaires, il vaut mieux, je crois, ne pas recourir à cet agent. J'ai employé le chloroforme dans deux ou trois cas, une fois, entr'autres, pour faire une version, et les autres fois c'était pour aller au-devant du désir des malades qui avaient coutume d'accoucher avec le chloroforme. Les choses se sont bien passées, mais assurément que ces malades ont en un temps d'accouchement fort long, bien plus long que les accouchements sans chloroforme. Dans ces trois cas, j'avais été obligé d'administrer l'anesthésique en moyenne pendant cinq heures.

Dr. S. Lachapelle : J'aime beaucoup l'emploi du chloroforme dans la pratique des accouchements, et c'est un progrès réel qui a bien sa place dans le cadre obstétrique. Le Dr. Campbell s'est occupé sérieusement de son emploi, et il avance que sur 1,400 à 1,500 cas d'accouchement, il a pratiqué 900 fois la chloroformisation, ce qui fait 2 sur 3, et cela avec le meilleur résultat. J'accepte le témoignage de ce médecin recommandable. Il explique l'immunité de la femme, dans ces cas, par le fait que l'excitation produite par le travail de la parturition entraîne l'afflux du sang vers le cerveau et empêche l'anémie cérébrale, ce dernier état de choses étant, suivant lui, la cause la plus fréquente des accidents consécutifs aux inhalations chloroformiques. Les enfants sont également à l'abri des accidents, parce qu'il y a chez eux grande activité au cerveau.

L'accouchement est bien un acte physiologique, mais il faut

bien convenir qu'il est aujourd'hui plus souvent morbide que par le passé. Le chloroforme administré sagement dans les derniers moments de la parturition est à propos parce qu'il enlève la douleur dans un temps particulièrement où elle devient de plus en plus vive, et cela, si on interroge l'expérience d'hommes faisant autorité, sans danger pour la mère ou l'enfant.

Dr. J. O. Beaudry: Je crois que le chloroforme devrait être réservé pour les opérations chirurgicales, et dans les cas ordinaires être remplacé préférablement par le chloral. J'ai déjà, dans un accouchement ordinaire, mais très-douloureux, donné le chloral à la dose de 15 grains toutes les deux heures, et il s'est terminé en peu de temps et sans douleur.

Je lisais dernièrement dans un journal américain qu'on avait essayé un moyen original de rendre, dit-on, la parturition prompte et sans douleur. Ce moyen consisterait à enlever à l'alimentation toute matière calcaire et phosphatique, de mettre conséquemment le pain de côté pour faire usage presque exclusivement de pommes, de fruits, etc. Je vous transmets cette idée pour sa valeur.

Dr. A. T. Brosseau: Le chloroforme a bien son indication dans les cas d'opérations obstétricales et il doit contribuer pour une bonne part à faire éviter les convulsions, chez les femmes très-nerveuses particulièrement.

Quant à la contractilité des muscles abdominaux, avec les explications de Longet Depaul, il est rationnel de croire qu'elle résiste aux vapeurs anesthésiques, comme celle des muscles de la respiration, pourvu que l'anesthésie ne soit pas poussée trop loin. Si les muscles abdominaux étaient paralysés, comment pourrait-on expliquer les vomissements! Avant de donner le chloroforme dans les opérations obstétricales, une bonne chose c'est de donner une bonne dose de morphine une demie heure avant l'administration du chloroforme, cette précaution a pour effet de diminuer la dose du chloroforme et de rendre son action plus durable. On dit aussi que le chloroforme facilite la dilatation du col. Dernièrement, dans un cas de version avec des confrères ici présent, nous avons donné le chloroforme et tout s'est très-bien passé. Avant son administration, la version avait bien été tentée mais inutilement surtout à cause de la répugnance de la part de la femme.

Dans la classe aisée, si nous employons le chloroforme, dans les cas ordinaires c'est le plus souvent parce qu'on nous presse de le faire.

L'existence d'une affection grave du cœur ou des poumons est une contre-indication à l'emploi des anesthésiques. Cependant, sur ce sujet, il y a peut-être du pour et du contre. Je me

rappelle un individu à l'Hôtel-Dieu qui portait une maladie du cœur, et après avoir retardé à peu près huit mois à employer le chloroforme pour une opération qu'il avait à subir, je me décidai enfin à lui administrer l'anesthésique, et tout se passa sans accident.

Le Dr. Ed. Desjardins donne avis qu'il proposera à la prochaine séance le Dr. Duval comme membre actif.

Le Dr. G. O. Beaudry donne également avis de motion qu'il proposera le Dr. H. Lanthier comme membre actif.

Puis le Dr. Desrosiers s'engage à donner, à la prochaine réunion, un travail intitulé. "L'usage de la viande n'est pas nécessaire à l'homme."

Et la séance est levée.

DR. A. LARAMÉE,  
Secrétaire-Tresorier S. M.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

---

Sur le traitement de la diphthérie par les solutions saturées de chlorate de potasse, par le docteur A. SEELIGMULLER, de Halle-sur-la-Saale (Prusse). — Isambert, dans ses *Etudes chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse* (Paris, 1856), en résumant ce que lui a appris l'observation du chlorate de potasse dans les affections diphthériques, pose (p. 102) cette question: "Le chlorate de potasse a-t-il une action spécifique sur la cause générale de la diphthérie?" Et voici sa réponse: "C'est ce que les faits ne nous permettent pas d'affirmer... Peut-être des expériences nouvelles pourront-elles décider la question; celles qui consisteraient à élever les doses pourraient fournir un élément." Cette prévision s'est accomplie, car ce sont en effet les doses élevées, ou plutôt la saturation saturée, qui sont les agents les plus actifs contre les affections diphthériques.

Tout le monde sait que le chlorate de potasse a figuré depuis longtemps comme le médicament le plus en usage contre les affections diphthériques dans tous les compendiums de thérapie. Mais en même temps, il n'y a pas de médecin qui n'ait

fait mille fois la triste expérience du succès douteux de ce moyen, s'il est employé, comme à l'ordinaire, en doses modérées et en solutions peu concentrées. S'il n'en était pas ainsi, on n'aurait pas essayé cette légion d'autres médicaments intérieurs et extérieurs dans la diphthérie.

Combien de vains efforts avons-nous faits, moi, médecin de la polielinique de Halle et une douzaine d'étudiants pleins de zèle, pour sauver cette foule de pauvres enfants affectés de la diphthérie dans l'été de 1868, en grattant les fausses membranes diphthéritiques et en cautérisant ensuite la membrane muqueuse sanglante ! Et quel fut, hélas ! l'effet de ces tortures ? Dans un seul mois moururent vingt-cinq par la diphthérie, dans un quartier formant à peu près le tiers de la ville de Halle (alors ville de 45,000 habitants), sans compter les enfants des classes aisées, morts entre les mains des médecins de la ville. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que, pour aider notre thérapeutique locale, nous prescrivions toujours, comme médicament interne, le chlorate de potasse à dose ordinaire et en solution peu concentrée.

Tout a changé de face depuis l'emploi de la solution saturée ! Il y a vingt ans que je n'ai pas prescrit d'autre médicament dans toutes les affections diphthéritiques que j'ai soignées dans cet espace de temps ; et ce ne sont que quelques cas négligés, où les symptômes étaient déjà trop prononcés, qui ont résisté à cette préparation, dont voici la formule :

R. Pot. chloros ʒij. Aquæ ʒiij.

Prenez chaque heure une cuillerée entière ou une demi-cuillerée.

Voilà tout.

Les pansements, les gargarismes, les onguents, les grattements des fausses membranes diphthéritiques et les cautérisations ; toutes ces manipulations aussi pénibles pour le médecin que pour le malade, peuvent être omises, sans que le médecin ait à se reprocher la moindre négligence. On peut donc se sentir fort à l'aise, malgré ce laisser-aller, à l'égard de cas qui autrefois nous auraient coûté bien des courses et des angoisses, redoublés par les cris et les crachements des enfants et n'aboutissant à l'ordinaire qu'à la perte des malades.

*Méthode d'application.*—Faites donc prendre la dite solution saturée de chlorate de potasse (10 : 200) aussi longtemps qu'il y a encore traces de fausses membranes diphthéritiques ; au commencement, chaque heure, plus tard toutes les deux ou trois heures ; aux enfants au-dessus de trois ans, une cuillerée

entière, et aux plus jeunes une demi-cuillerée (n'y manquez pas); d'abord jour et nuit sans discontinuer. Il ne faut pas ajouter à cette solution du sirop ni quelque autre ingrédient corrigeant le goût, parce qu'alors l'effet n'est pas aussi sûr. Je n'ai pas du reste rencontré beaucoup d'enfants qui aient fait des difficultés à prendre ces médicaments. En outre, il ne faut pas laisser boire de l'eau ou d'autres liquides immédiatement après le médicament pour ne pas paralyser l'effet local.

Il n'est pas nécessaire d'ajouter que j'ai prescrit la même solution pour gargarisme, si les enfants étaient en état de s'en servir. J'ai fait aussi laver la bouche et la gorge avec une petite éponge imbibée de cette solution, où je l'ai fait passer dans le nez par la douche nasale. Mais toutes ces manipulations sont superflues et ne servent qu'à tranquilliser les parents, afin qu'ils n'aient pas l'idée que vous négligez quelque chose pour sauver leurs enfants. Du reste, la medication interne seule suffit dans tous les cas.

*Mode d'action.*—Le symptôme que vous verrez disparaître le premier, c'est la fétidité de la bouche. J'ai vu disparaître en quelques heures l'odeur la plus pénétrante. En même temps, les fausses membranes diphthéritiques se rétrécissent et s'amoindrissent à vue d'œil; ensuite, les ulcerations, d'abord couvertes d'un pus crêmeux, se nettoient rapidement, de sorte que vous verrez bientôt une surface couverte de granulations rouges et saines. Mais ce qui est le plus étonnant, c'est la rapide amélioration, pour ne pas dire le rétablissement de l'état général. Des enfants qui, le soir où je fus appelé, gisaient abattus par l'épuisement et la fièvre, étaient assis le matin suivant dans leur lit, frais et sans fièvre, et demandant à manger et à jouer.

Ce ne sont que des cas extrêmement rares, où je me vis obligé d'ordonner quelque autre médicament outre le chlorate de potasse, alors que le pouls était extraordinairement faible et intermittent et la force du cœur très-amoindrée. Alors j'ai prescrit une solution de quinine à prendre alternativement avec la première solution. Dans ces cas, vous ferez bien de donner quelques cuillerées de vin de Hongrie, du café noir, du thé, du bouillon. Dans tous les autres cas, j'ai seulement ordonné le chlorate de potasse dès le commencement de la diphthérie jusqu'à la fin, sans avoir à regretter une issue funeste, à l'exception de deux cas, dont je ferai mention en détail plus tard.

*Théorie de l'action du chlorate de potasse.*—Isambert, en résumant sommairement ses observations, dit (p. 65): "Le chlorate de potasse n'est pas un médicament héroïque, qui guérit à coup sûr l'angine maligne; son action n'est pas

instantanée; bien qu'il apparaisse au bout de quelques minutes dans la salive, il lui faut au moins vingt-quatre heures et le plus souvent deux ou trois jours pour agir; aussi faut-il l'administrer de bonne heure. Son action semble être plutôt locale que générale, bien que l'état général s'améliore ordinairement en même temps que l'état local; ce n'est donc pas un remède d'urgence."

Il est inutile de dire, d'après ce que je viens de démontrer, que je ne saurais donner mon assentiment à cette opinion de M. Isambert. Au contraire, j'ai fait l'expérience, dans une foule d'affections diphthéritiques, que l'action du chlorate de potasse se fait sentir déjà dans les premières douze heures de son administration. C'est aussi principalement la dernière partie de sa proposition que je ne saurais confirmer. Je crois, au contraire, que la solution saturée de chlorate de potasse n'exerce pas seulement une action locale, mais a aussi un effet général dans les affections diphthéritiques. Son action locale est apparemment celle d'un léger caustique, mais peut-être agit-elle davantage en détachant les couennes diphthéritiques de leur base par l'augmentation de la sécrétion des follicules pituitaires. C'est en faveur de cette hypothèse que se présentent les expériences de Laborde, qui a trouvé la même quantité de chlorate de potasse éliminée par la membrane respiratoire que par la salive.

Mais quant au mode de l'action générale et de la décomposition chimique, je ne saurais que proposer l'hypothèse suivante: Bollinger (de Munich) attribue l'action nuisible des bactéries, dans le cas d'anthrax malin, à ce que ces corps, grâce à leur énorme affinité chimique à l'oxygène, absorbent ce gaz avec une grande avidité et en grande quantité, en le dérochant aux corpuscules rouges du sang.

Dans la diphthérite il y a sans doute des bactéries semblables, qui doivent produire la même soustraction d'oxygène sur les corpuscules rouges. Or, M. Binz (de Boun) a constaté que le chlorate de potasse est réduit par les liquides animaux comme par le pus. Ainsi, si nous introduisons dans le sang une solution saturée de chlorate de potasse, nous pouvons penser qu'elle produit une grande quantité d'oxygène, qui remplace celui qui est dérobé par les bactéries.

C'est peut-être pourquoi l'effet du chlorate de potasse ne se fait pas sentir, quand on emploie des solutions trop peu saturées ou des doses trop petites, parce qu'alors la quantité d'oxygène délivré n'est pas assez grande pour pouvoir remplacer suffisamment l'oxygène dérobé par les bactéries ni pour détruire celles-ci.

*Précautions.*—Dans l'administration de la solution saturée de chlorate de potasse il faut pourtant quelques précautions. Mes observations cliniques m'ont donné la conviction que cette solution peut avoir une action dangereuse: 1<sup>o</sup> sur le cœur, 2<sup>o</sup> sur la digestion.

Quant à la première de ces actions, dans beaucoup de cas il n'est pas facile de décider combien la diphthérite elle-même a agi sur le cœur. Car il est prouvé par beaucoup de faits cliniques que la diphthérite produit des troubles très-dangereux sur les fonctions du cœur.

Cependant j'ai gardé l'impression dans une série d'observations cliniques que la solution concentrée de chlorate de potasse a de même une influence paralysante et affaiblissante sur le cœur.

C'est ce que confirment les expériences de Laborde, de Podnopaew et d'Isambert lui-même, qui a repris ses recherches. Si ces médecins injectaient 2 grammes de chlorate de potasse dans la veine crurale d'un chien, celui-ci mourait en très-peu de temps par la paralysie du cœur. C'est vraisemblablement l'alcali contenu dans le chlorate de potasse qui produit ces effets sur le cœur.

De plus la solution saturée de chlorate de potasse peut exercer une influence nuisible sur les organes de la digestion. C'est ce que j'ai observé principalement dans les cas où les enfants malades avaient acquis en même temps que la diphthérite un catarrhe aigu de l'estomac. Alors les vomissements qu'il y avait déjà avant l'administration du chlorate de potasse augmentaient de sorte qu'on ne pouvait les arrêter.

Une anorexie complète survenait et les malades couraient danger de mourir d'affaiblissement, ce qui eut lieu dans un cas. Il faut donc suspendre l'administration de notre solution pour quelques heures, si des symptômes gastriques graves se montrent et recommencer l'administration par des doses précautionnées.

Outre cela j'ai observé un cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse, ce qui est une forte confirmation de notre proposition que la solution saturée peut avoir une influence nuisible sur l'estomac. C'était un jeune garçon de six ans fort méchant, qui, atteint d'une affection diphthéritique grave ne voulait pas ouvrir la bouche pour prendre la médecine. Alors un de mes confrères qui me remplaçait lui administra à plusieurs reprises un tiers d'une bouteille entière, de sorte que l'enfant prit, dans une douzaine d'heures, 15 grammes de chlorate de potasse en trois doses. A la suite de cette médication forcée l'enfant refusa d'ouvrir la bouche et de prendre quoi que

ce fut. Il s'affaiblit de jour en jour en vomissant des matières vertes et eut des évacuations diarrhéiques de la même couleur. Il mourut par affaiblissement, dix jours après la médication forcée.

Voici le résumé de mes observations :

1<sup>o</sup> Le chlorate de potasse administré dans une solution saturée (5: 100) a une action spécifique contre la diphthérite.

2<sup>o</sup> On le prescrit à 10 grammes, dans 200 grammes d'eau distillée sans y ajouter de sirop ni aucun autre ingrédient corrigeant le goût ;

3<sup>o</sup> On ordonne cette solution saturée aux enfants au-dessous de trois ans à une demi-cuillerée, aux plus âgés à une cuillerée entière toutes les deux heures (si la maladie est fort grave, toutes les heures) d'abord jour et nuit ;

4<sup>o</sup> Cette médication interne seule suffit dans tous les cas ;

5<sup>o</sup> La solution saturée de chlorate de potasse exerce une action locale et générale sur la marche de la diphthérite : locale, comme caustiques et en dégageant les fausses membranes diphthéritiques de leurs couches ; générale, en suppléant l'oxygène enlevé au sang par les bactéries et en détruisant celles-ci.

6<sup>o</sup> Il faut prendre garde que la solution saturée de chlorate de potasse n'exerce une influence nuisible sur le cœur ou sur la digestion. Si l'on remarque des symptômes alarmants de ces organes, il faut suspendre l'administration du chlorate.—  
*Bulletin Général de Thérapeutique.*

—

Virus nosocomial ; pansement ouaté ; pansement de Lister ; maternités ; par M. le professeur Bouchardat. —L'attention du monde chirurgical s'est fixée depuis plusieurs années sur une question de la plus grande importance, celle qui a trait au mode de pansement le plus propre à prévenir les ravages de l'infection purulente.

On a beaucoup discuté sur la valeur relative des divers modes de pansements, tour à tour préconisés par d'habiles chirurgiens. Il est incontestable qu'il faut adopter comme loi suprême les résultats de la clinique, mais je pense que, pour choisir entre les diverses méthodes dans des conditions qui peuvent être très-variables, il est indispensable d'avoir des idées précises sur la nature du *poison nosocomial*. Est-ce un virus, est-ce un miasme ? Doit-on le ranger parmi les ferments du premier ou du second ? Voilà des questions que nous pouvons aujourd'hui aborder en prenant l'observation pour guide ; leur solution, si elle est conforme à la vérité, nous permettra



non-seulement d'expliquer rationnellement d'incontestables succès, mais encore d'adopter le meilleur parti pour les plus variés, et de marcher vers le progrès définitif d'un pas assuré.

Commençons par dire qu'aucun fait ne vient à l'appui de l'hypothèse qui consiste à regarder le poison de l'infection purulente comme un miasme transmissible par l'air. S'il en était ainsi, ne verrait-on pas les chirurgiens, les élèves, les sœurs, les servants offrir leur contingent de victimes à la contagion miasmatisée? Il n'en est absolument rien. L'infection purulente, ou mieux, le virus des grands traumatismes ne se transmet pas plus par l'air que la syphilis. Les seuls individus qui en éprouvent l'influence, ce sont les *blessés ayant des plaies*.

Ne voit-on pas, par cette observation, confirmée par tous les faits, que ce n'est pas un miasme transmis par l'air qui communique l'infection purulente, mais bien l'inoculation d'un virus pratiqué par les chirurgiens, par les aides, par les instruments, les objets de pansement?

On m'objectera peut-être que le chirurgien est trop souvent atteint d'infection purulente par suite de *piqûre anatomique*. N'est-ce pas là un argument d'une grande puissance pour établir la nécessité de l'inoculation pour propager le mal?

Disons en passant que les piqûres anatomiques peuvent produire des maladies très-différentes de l'infection purulente. L'étude de ces maladies est encore riche de beaucoup d'inconnu. Quand on inocule ainsi des liquides charbonneux, contenant le *bacillus anthracis* Kock, c'est un ferment du premier genre qui est ainsi transmis du malade au chirurgien.

Ce que je viens de dire du virus de l'infection purulente s'applique d'une manière absolue au virus de la fièvre puerpérale; s'il n'est pas identique avec le virus de l'infection purulente des blessés, il en est très-voisin.

A-t-on jamais vu la maladie se transmettre par l'air aux surveillantes, aux infirmières, aux élèves sages-femmes? Elle se communique aux seules femmes en couche, soumises au toucher, aux pansements, à toutes les chances de l'inoculation par des mains, des instruments, des linges contaminés.

On peut encore invoquer, en faveur de l'hypothèse de la transmission par inoculation du virus de la fièvre puerpérale et de l'infection purulente, les résultats absolument négatifs de l'utilité de la ventilation forcée avec de l'air à température constante dans les salles de femmes en couche ou de blessés.

Si le poison de l'infection purulente est un virus transmissible seulement par inoculation, il n'en est pas moins démontré que chez les blessés il peut se développer un poison transmissible par l'air. C'est le *miasme de l'érysipèle chirurgical*.

C'est bien un miasme, car dans certaines conditions la contagion a atteint des médecins, des élèves, des sœurs, des servants, et même des individus habitant une pièce voisine d'une salle qui contenait des malades atteints d'érysipèle chirurgical.

Il est bien entendu que le ferment de l'érysipèle, comme celui de la variole, peut à la fois être transmis par l'air et par l'inoculation.

Si on admet l'exactitude du principe que je viens de poser, si le poison nosocomial est un virus et non un miasme transmis par l'air, comment admettre l'utilité du *pansement ouaté de M. Guérin*? Rien n'est plus simple. Par la méthode adoptée par mon habile collègue, les pansements sont beaucoup plus rares, pratiqués avec la plus sévère attention; les chances d'inoculation sont ainsi considérablement diminuées.

"Mais, me direz-vous, la preuve que la ouate parfaitement appliquée arrête les organismes vivants transmis par l'air, c'est que dans les plaies soumises au pansement ouaté *sévèrement exécuté* on n'observe point les vibrions moteurs de la fermentation putride." Cela est incontestable. Les germes de ces vibrions sont transmis par l'air: M. Pasteur l'a surabondamment démontré. Mais ces vibrions qui se produisent dans tous les fragments de matière animale soustraite à la vie, n'ont rien de commun avec le virus de l'infection purulente. C'est une simple question de coïncidence, comme on en rencontre tant en étiologie. M. Guérin a pu constater que le pus qui se trouvait à la surface de plaies dont le pansement n'avait pas été renouvelé depuis un mois ne possédait aucune odeur putride.

Sans doute, c'est une chose excellente que d'éviter autant qu'on le peut, comme le fait M. A. Guérin, cette fermentation putride qui se développe nécessairement dans le pus, dans le sang, sur les parties mortes exposées à l'air de toutes plaies, qui en retarde la cicatrisation et peut amener d'autres complications: mais ce n'est là qu'une question secondaire. La principale, c'est d'empêcher de naître le virus nosocomial et surtout de se propager.

Ce virus peut se développer dans la chirurgie des grands traumatismes en ville comme à l'hôpital. J'ai cherché dans mes leçons sur l'encombrement nosocomial à préciser les conditions de sa genèse (*Revue scientifique*). Je ne dissimule pas les grandes difficultés de ce problème, je ne puis aujourd'hui que renvoyer au recueil que je viens de citer. J'espère revenir sur ces questions les plus ardues, mais aussi des plus importantes de l'étiologie.

Le virus qui se développe chez les accouchées et chez les blessés en proie à de grands traumatismes contient-il des fer-

ments du premier ordre (êtres organisés et vivants) ou des ferments du second ordre (du groupes des diastases) ?

Cette question a une grande importance au point de vue de l'emploi des agents antiseptiques (acide phénique, etc.), mis en œuvre dans le *pansement de Lister*. Plusieurs agents antiseptiques détruisent la vitalité et par conséquent la puissance des ferments organisés vivants du premier ordre, et n'entravent point l'action des diastases ou ferments du deuxième ordre.

Tant qu'on n'aura pas découvert par des études microscopiques suivies des ferments figurés bien définis et distincts des vibrions de la fermentation putride, il sera rationnel d'admettre que le virus des grands traumatismes contient un ferment du deuxième ordre.

Ajoutons cependant que ce ferment appartient à ce groupe nombreux qui se distingue de la diastase, de la pancréatine des ferments du suc gastrique par un caractère d'une grande importance. La puissance spécifique de ces ferments digestifs s'épuise par leur action, tandis que les ferments "contenus dans les virus et les miasmes se reproduisent avec des caractères le plus souvent identiques et déterminent leurs manifestations caractéristiques chez des individus sains." (*Annuaire de thérapeutique*, 1866).

Cette continuité d'action des ferments existant dans les virus et les miasmes, les rapproche évidemment des ferments du premier ordre (ferments organisés et vivants). Il se peut que ce rapprochement ne soit qu'apparent.

Les ferments contenus dans les virus spécifiques pourraient modifier des *cellules organisées et vivantes* du corps humain et leur donner la propriété de sécréter un virus contenant le contagium. Dans cette hypothèse on comprend l'utilité des désinfectants. Quoique ne s'attaquant pas directement au ferment du second ordre du virus nosocominal, ils agissent indirectement en détruisant la vitalité des cellules organisées et vivantes qui lui donnent naissance.

On peut comprendre d'après cela comment le *pansement de Lister* peut produire des résultats avantageux. D'abord par les soins minutieux qu'il réclame, par le peu de fréquence des manœuvres opératoires, les chances d'inoculation sont considérablement diminuées.

L'emploi des modificateurs antiseptiques bien choisis peut présenter des avantages pour entraver la propagation du mal, et doit en offrir pour modérer et arrêter les inconvénients de la fermentation putride qui envahit les matières animales mortes.

Nous voici arrivé aux conclusions pratiques de ce travail.

Le moyen le plus sûr de prévenir ou de limiter le mal de la

fermentation putride, c'est d'empêcher le plus possible l'accès de l'air chargé des germes des vibrions moteurs de la fermentation putride. Ce but est atteint par le pansement ouaté de M. Guérin.

L'emploi des antiseptiques : acide phénique, alcool, essences, baumes, etc., qui détruisent la vitalité des ferments organisés et vivants, est également efficace pour empêcher les ravages de la fermentation putride.

Mais voici la conclusion importante.

Si nous admettons que, toutes choses égales, la fièvre puerpérale, l'infection purulente ne se développent pas plus fréquemment dans les maternités, dans les salles de chirurgie qu'en ville, si dans ces asiles elles sévissent plus cruellement en se propageant *par inoculation*, comme j'ai essayé de le démontrer, on doit prendre les *précautions les plus radicales* pour éviter cette inoculation. C'est le côté vraiment pratique de cette étude ; sans doute le pansement ouaté, le pansement de Lister peuvent approcher du but, mais ne l'atteignent pas.

Pour en approcher d'avantage, voici ce qu'il convient de faire :

1<sup>o</sup> Dès qu'un cas de fièvre puerpérale éclate dans une salle de maternité, il faut transporter *immédiatement* la malade dans une salle parfaitement distincte. Les soins lui seront donnés par des *personnes n'ayant aucune communication avec les autres accouchées*. Ces personnes seront véritablement en quarantaine. Le chef de service qui dirigera le traitement devra s'abstenir de tout contact avec la malade ;

2<sup>o</sup> Dès qu'on aura dans une salle de chirurgie constaté chez un opéré le développement ou même l'imminence de l'infection purulente, on devra sur l'heure transporter le malade dans une petite salle parfaitement distincte, sans communication possible d'instruments, d'appareils, d'objets de pansement, avec la salle de chirurgie.

Les pansements seront effectués par un ou deux internes habiles, sous les yeux du chirurgien chef de service, qui dirigera par ses conseils et non par sa main.

Aucune autre personne ne touchera ni aux malade ni aux objets de pansement. L'interne ou les internes qui donneront leurs soins au malade seront *absolument exclus* pendant un temps des salles de chirurgie.—*Bulletin général de thér. méd. et chirurgicale.*

Scarlatine maligne; principaux phénomènes qui indiquent sa gravité; traitement.—La scarlatine peut

s'accompagner, dès le début, d'un certain nombre de phénomènes dont il faut savoir apprécier toute la gravité. Ainsi si, dès le premier jour de l'éruption, il se produit du coma ou des convulsions, on peut être assuré qu'il s'agit d'une forme maligne au premier chef, de celle qui donne plus de 75 pour 100 de mortalité. D'autres fois, les malades présentent des vomissements incessants, et lorsqu'ils n'ont pas encore d'éruption, on pourrait les prendre pour des cholériques, car ils ont en même temps un refroidissement considérable des extrémités, la température centrale restant toutefois très-élevée.

Un des phénomènes les plus graves au point de vue du pronostic, signalé déjà par Trousseau, est la rapidité extrême de la respiration, sans qu'il y ait de symptômes du côté de la poitrine. Il en est de même de la fréquence excessive du pouls qui peut aller jusqu'à 180 pulsations, et est en même temps petit et irrégulier. En dehors de tout autre signe, l'observation de la température a une grande importance; si elle s'élève jusqu'à 41°, c'est un symptôme des plus sérieux; si elle arrive à 42° et à plus forte raison si elle dépasse ce degré, surtout s'il y a d'autres phénomènes graves, le cas devient absolument mortel, et cela dans un très-bref délai, en dix-huit ou trente-six heures, à tel point qu'on voit très-peu de ces malades à l'hôpital.

Une donnée importante dont il faut tenir compte dans la gravité de ces accidents, est leur persistance. S'il se produit des amendements, même passagers, on peut conserver plus d'espoir, tout en se défiant toujours, car, la plupart du temps, il ne s'agit que de rémissions temporaires. Quant à l'éruption, au milieu de tous ces symptômes graves, elle perd ses caractères; souvent on ne la voit pas; ou bien elle est localisée et paraît par plaques d'un rouge sombre disséminées sans ordre. Si l'enfant vit assez longtemps, on voit cette éruption devenir de plus en plus foncée et presque noirâtre. Souvent aussi elle tarde de trente-six heures et quelquefois jusqu'à soixante heures à paraître, et cela est extrêmement important à se rappeler, parce que si on avait affaire à la forme angineuse de la scarlatine, on pourrait croire qu'il s'agit d'une diphthérie vraie.

Les phénomènes graves du début sont toujours plus à craindre que ceux qui apparaissent plus tardivement; mais il n'est pas rare de voir des phénomènes nerveux peu accentués au commencement de la maladie prendre subitement de la gravité un peu plus tard, et enlever le malade très-rapidement; parmi ces accidents plus tardifs, un des plus à craindre est l'angine, qui présente exactement les mêmes caractères que l'angine diphthérique. En prenant en bloc les cas de scarlatine maligne, on trouve 45 pour 100 de mortalité; en prenant celles qui

sont graves dès le début, on trouve le chiffre de 75 pour 100.

Certains auteurs veulent qu'on traite par l'eau froide tous les malades qui présentent des phénomènes nerveux graves, et Currie, qui est le promoteur de cette méthode, dit avoir ainsi traité avec succès 150 cas de scarlatine. Il plaçait l'enfant dans une baignoire, et laissait tomber sur lui quelques seaux d'eau à 21°. Il a ainsi donné jusqu'à 14 affusions froides par jour. Mais la raison de ses succès si nombreux est, qu'il s'agissait surtout de scarlatines graves, mais non malignes. Selon M. Archambault, la meilleure manière de se guider est l'emploi du thermomètre. Quand la température arrive à 41° et qu'il y a des phénomènes nerveux, mais sans dépression générale, il ne faut pas hésiter, tout en agissant sans violence. On commencera par des lotions froides qui sont toujours faciles à administrer; on aura ensuite la ressource des bains froids; mais on les donnera, en ayant soin de retirer l'enfant du bain aussitôt que la température descend à 38°, car elle continue encore à s'abaisser plus tard. Quand elle remonte ensuite à 40°, on doit recommencer, et ainsi de suite jusqu'à dix fois par jour dans certains cas. Mais ce qu'il y a d'important lorsqu'on adopte cette méthode, c'est de ne pas se croire quitte après avoir fait une lotion; il faut persévérer, et l'amélioration est alors si évidente que la famille accepte volontiers le traitement. En même temps, comme le pouls tend à baisser, il faut le relever par des stimulants, et pour cela donner de l'eau-de-vie dans du lait ou dans du thé.

Un auteur anglais se loue beaucoup, dans les mêmes cas, de l'emploi des hyposulfites de magnésie ou de soude. Il en donne toutes les deux heures 25 ou 30 centigrammes. Il prescrit encore la potion suivante :

Eau de mélisse .....	℥iij
Sirop d'écorces d'oranges amères .....	30 grammes ℥j
Hyposulfite.....	3 à 6 gram.—15 grains à ʒjss

Une cuillerée de temps à autre, de façon à ce que la potion soit prise dans les vingt-quatre heures. On emploie de préférence l'hyposulfite de magnésie chez les sujets qui ont de la constipation.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

—  
**Ictère chez un cancéreux avec souffle cardiaque.**—  
 L'ictère qui se produit dans le cancer du foie peut reconnaître

plusieurs origines. Le cas suivant montre bien, d'une part, un des modes de cette origine, et, d'autre part, la difficulté que présente le diagnostic de certains ictères au point de vue de la cause qui les produit. Un malade entre à l'hôpital, atteint d'un ictère forcé datant de deux mois. Bien portant auparavant, il avait été pris de cet ictère après un refroidissement, et avait présenté ensuite quelques troubles digestifs, des démangeaisons, du prurigo, etc. Son foie était légèrement augmenté de volume, mais ne présentait pas de tumeur appréciable. Bientôt l'auscultation fit découvrir un bruit de souffle cardiaque à la pointe du cœur et au premier temps, et qui, par ses caractères et les signes qui l'accompagnaient, dénotait une insuffisance tricuspidiennne. Il y a là un fait important à noter. En effet, les souffles cardiaques dans le cours de l'ictère ne sont pas très-rare, et il faut être averti de cette possibilité parce qu'il serait facile de croire à une affection du cœur principale, alors qu'il ne s'agit que de troubles ordinairement passagers. Dès 1869, M. Potain avait observé une insuffisance tricuspidiennne chez une dame ictérique, insuffisance qui ne laissa aucune trace. Il y a deux ans, M. Gangolphe a démontré, dans sa thèse, que l'ictère était souvent l'occasion d'une insuffisance mitrale passagère. Selon lui, la cause de cette insuffisance résiderait dans l'affaiblissement des fibres musculaires du cœur. Il est permis de supposer, en effet, que la bile qui, ainsi qu'on le sait, ralentit les mouvements du cœur, agit assez sur sa contractilité pour ne plus permettre aux muscles valvulaires de se contracter suffisamment. On peut supposer encore que la bile agit sur les capillaires pulmonaires et, en les resserrant, amène une augmentation de travail du ventricule droit, d'où tendance à l'insuffisance valvulaire. L'explication, d'ailleurs, est relativement peu importante, c'est le fait de l'existence de ces souffles survenant dans l'ictère avec symptômes cardiaques plus ou moins accentués qui mérite d'attirer l'attention.

L'ictère de ce malade avait débuté comme un ictère catarrhal et on aurait eu lieu de s'arrêter à ce diagnostic s'il n'avait persisté pendant un temps extrêmement long; il dura, en effet, quatre mois, et le malade mourut dans le subdélirium, justifiant ainsi le précepte d'Hippocrate d'après lequel les symptômes cérébraux qui accompagnent l'ictère, quelle que soit la nature de celui-ci, sont toujours graves.

L'autopsie montra qu'il existait un cancer peu volumineux occupant surtout la tête du pancréas; il y avait bien une petite plaque siégeant sur le canal cholédoque, mais non susceptible de le comprimer. On peut donc admettre, pour expliquer le développement de l'ictère, que sous l'influence du froid il s'était

produit un catarrhe des voies biliaires; mais le catarrhe, au lieu de disparaître comme cela fût arrivé chez un homme sain, a persisté, parce qu'il y avait une lésion cancéreuse qui favorisait son existence. Ce fait est donc doublement intéressant, puisqu'il montre la possibilité de l'ictère dans le cours du cancer sans qu'il y ait compression des canaux excréteurs de la bile, et enfin parce qu'il fait bien voir combien doit être réservé le pronostic dans les cas d'ictère aussi prolongé, même chez des sujets qui jusque-là ont présenté toutes les apparences de la santé.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

---

**Des effets du Podophyllin dans la constipation habituelle et dans les hémorrhoides.**—Un nouveau travail sur le traitement de la constipation habituelle par le podophyllin comprenant quarante-sept cas, a été publié par le Dr. Rousselet. Ayant échoué plusieurs fois alors qu'il employait les podophyllins du commerce, le Dr. Rousselet donne la préférence aux pillules de podophylle qui lui ont toujours paru produire des effets identiques. Toutes les fois qu'il a eu affaire à la constipation habituelle sans cause organique, le traitement a eu le meilleur résultat; mais une grande part doit en revenir au mode d'administration, sur lequel il s'étend longuement.

Il insiste surtout sur la durée du traitement beaucoup trop courte en général. Il estime qu'il faut deux mois, selon l'ancienneté de la constipation pour contracter des habitudes régulières et durables, et encore faut-il y aider en se présentant à la garde-robe tous les jours à la même heure. Il débute d'abord par une pillule d'un centigramme, augmentant d'une pilule si besoin est, jusqu'à l'effet produit, et s'en tient là pendant quinze jours. Puis il n'en donne que tous les deux jours; une semaine après, tous les trois jours, et ainsi de suite, en éloignant d'un jour toutes les semaines. Et s'il se produit une irrégularité, il recommence tous les jours, pour diminuer de nouveau comme précédemment. Pour l'administration, il préfère, à l'heure du coucher qui a été indiquée, celle du dernier repas, alors qu'on prend la première cuillerée de potage. Il conseille aussi aux personnes qui ont l'habitude d'un premier déjeuner le matin de ne se présenter à la garde-robe qu'après avoir pris ce repas, ce qui est, d'après lui, une excellente condition pour établir et maintenir l'habitude.

Quant à la constipation qui est liée à un obstacle mécanique, le podophylle ne peut agir évidemment que comme palliatif, et on pourrait lui substituer tout autre évacuant, et si elle ne



conservait encore l'avantage d'être tout à fait inoffensive même après l'emploi le plus prolongé.

Mais voici une nouvelle application du podophyllin qui est également appelée à rendre de grands services.—Le docteur Rivière, ayant observé que des hémorroïdaires auxquels il avait conseillé le podophyllin pour combattre une constipation opiniâtre, avaient vu disparaître à la fois et leur constipation et leurs hémorroïdes, eut la pensée d'appliquer directement à cette dernière le même traitement. Voici d'ailleurs ce qu'il dit à ce sujet :

“ Que ces malades aient guéri de leurs hémorroïdes en supprimant la cause, rien de plus naturel. Mais je me demandais s'il n'en serait pas de même chez des individus non habituellement constipés.—Il me semblait qu'en leur procurant des selles molles au moyen d'un médicament ne fluxionnant jamais les vaisseaux hémorroïdaires, on arriverait également à un bon résultat, et je fus le premier sujet qui me soumis à l'expérience.—Fréquemment fatigué par des hémorroïdes, je me mis à faire usage des pilules de podophylle, comme s'il s'agissait d'une constipation, et mes hémorroïdes disparurent du jour au lendemain.—Elles se sont reproduites plus tard, mais je les ai fait immédiatement cesser de la même façon.—Depuis, j'ai eu l'occasion d'employer assez souvent le même traitement, et toujours avec le même succès, donnant une à deux pilules de podophylle, d'un centigramme chaque, de façon à ramollir simplement le bol fécal.

“ Je n'affirmerai pas cependant que c'est là le mode d'action du podophylle ; quoi qu'il en soit, enhardi par ces succès, je me pris également à ordonner le podophylle, non plus seulement aux hémorroïdaires chez lesquels cet accident est passager et sans grandes conséquences, mais aussi à des malades atteints d'hémorroïdes permanentes et devant nécessiter tôt ou tard un traitement radical. Ces cas ne sont pas rares, et les malades reculant autant qu'ils le peuvent une opération qui n'est pas sans danger et surtout sans douleur, en sont réduits à gémir sur leurs souffrances souvent fort vives.

“ Eh bien, chez ceux-là aussi, j'ai toujours observé par l'emploi du podophylle un soulagement immédiat. Plus de douleurs en allant à la selle, plus de sortie des hourrelets hémorroïdaux, facilité absolue pour s'asseoir ; et comme état local, diminution considérable du gonflement des vaisseaux.

“ Le seul revers de la médaille chez les malades dont je parle, c'est qu'il faut continuer le podophylle d'une façon quotidienne. Mais j'ai vu, après un ou deux mois, des malades

interrompre le médicament et avoir de très longs répit; quelques-uns même ne se plaignent plus.

“ En résumé, guérison complète jusqu'à nouvel ordre, sauf aussi à reprendre le traitement, dans les cas peu prononcés, ou lorsque les accidents ne sont plus permanents: soulagement rapide et considérable, peut-être même guérison plus ou moins complète chez les autres, voilà ce que j'ai observé, et ce que je livre à l'expérimentation de mes confrères.”—*France médicale. Revue de théor. médico-chir.*

—

**Anévrysme de la portion inférieure de l'aorte thoracique ouvert dans la cavité pleurale gauche; difficulté du diagnostic, par les Drs. COLKLÉ et W. J. PICKUP.**— Un homme de police de 33 ans fut admis au Royal Free Hospital au commencement de juillet 1876. Sa santé générale avait toujours été bonne. Dix ans auparavant, il avait fait du haut d'un échafaudage une chute à laquelle succéda un abcès de l'aine qui guérit d'ailleurs rapidement. Trois ans après, il fit une nouvelle chute sur le côté gauche, et, depuis cette époque, il n'a cessé de souffrir dans cette région. Depuis un an, la douleur n'avait fait qu'augmenter, elle revenait par paroxysmes et s'accompagnait d'une légère toux, non quinteuse. Elle s'étendait des environs du mamelon au côté gauche du dos. Les seuls signes physiques constatés à cette époque étaient une impulsion très-forte du cœur et une légère diminution du murmure vésiculaire en arrière, ainsi qu'un soulèvement marqué des huitième, neuvième et dixième cartillages costaux gauches. On le soigna pendant un mois; puis il quitta l'hôpital, se disant notablement soulagé. Le 6 novembre, il fut admis de nouveau. L'impulsion cardiaque était encore très-forte, mais aucun signe physique nouveau n'était apparu. Presque toutes les nuits il y avait des accès douloureux qui duraient parfois de trois à quatre heures. Le bismuth et la morphine ne produisirent pas de soulagement marqué. Cet état se prolongea jusqu'au 18 novembre. A cette époque, vers quatre heures de l'après-midi, le malade était en train de prendre son thé, lorsqu'il fut subitement pris d'un violent accès, suivi de syncope. Le visage se couvrit d'une pâleur mortelle, le pouls s'arrêta, la peau devint froide et humide, les bruits du cœur étaient à peine perceptibles. Un nouvel accès amena la mort à onze heures du soir.

A l'autopsie, pratiquée trente-six heures après le décès, on trouva la rigidité cadavérique encore très-marquée. Tout le côté gauche du thorax était mat à la percussion. A l'ouverture

de la poitrine, il s'échappa de la cavité pleurale gauche une quantité notable de liquide séro sanguinolent. La plèvre renfermait en outre une masse énorme de sang coagulé, dont le poids dépassait *sept livres et demie*. Le lobe supérieur du poumon, ainsi que le cœur, étaient refoulés sur la ligne médiane; l'inférieur adhérait au diaphragme en arrière; des adhérences l'unissaient aussi à la paroi costale et à la colonne vertébrale. Entre le lobe supérieur et le lobe inférieur, existait une déchirure de la plèvre permettant facilement l'introduction de deux doigts. Le poumon droit était adhérent dans sa totalité. En examinant l'aorte, on y trouva une vaste ulcération allongée, de 1 pouce  $\frac{1}{2}$  de longueur environ, et située au niveau de la neuvième vertèbre dorsale. Cette ulcération communiquait avec un sac anévrysmal volumineux de 4 pouces de diamètre, et communiquant aux septième, huitième, neuvième, dixième et onzième vertèbres dorsales. Les disques intervertébraux étaient intacts. La tumeur s'étendait à gauche, de manière à comprimer le lobe inférieur du poumon contre la paroi thoracique postérieure. C'est à ce niveau que la plèvre avait été rompue. Le sac renfermait des caillots anciens et des caillots nouveaux; sa paroi postérieure était formée par la surface érodée des vertèbres, ce qui empêcha de l'enlever dans sa totalité. Le cœur était légèrement dilaté, mou, flasque et atteint de dégénérescence graisseuse. L'aorte était athéromateuse. La saillie des cartillages costaux, mentionnée plus haut, n'était en rapport ni avec le cœur ni avec le sac anévrysmal; elle tenait plutôt au métier exercé antérieurement par le malade, métier qui consistait à percer des trous dans des plaques de fer au moyen d'un instrument dont le manche s'appuyait sur la poitrine.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Lorsque le malade quitta l'hôpital au mois de juillet, bien qu'il se considérât comme guéri, on pouvait soupçonner l'existence très-problématique d'un anévrysme de l'aorte thoracique; mais les signes locaux n'étaient rien moins que probants, et l'examen du pouls et des pupilles ne fournissait aucun renseignement de quelque valeur. Au mois de novembre, à part des douleurs plus vives, aucun symptôme nouveau n'était venu éclairer le diagnostic. Une chose importante à noter, c'est que, pendant quatorze semaines, la santé du malade avait été presque normale et qu'il avait pu s'acquitter presque sans inconvénient de ses occupations habituelles. A l'hôpital même, en dehors des accès douloureux, il se portait en apparence parfaitement bien. Lorsque le sac se rompit pendant un paroxysme, il est évident qu'une grande quantité de sang pénétra dans la cavité pleurale

gauche, mais il est impossible d'admettre qu'elle ait pu, en une seule fois atteindre le chiffre énorme constaté à l'autopsie (7 livres  $\frac{1}{2}$ ). Il est plus que probable que l'irruption sanguine fut arrêtée une première fois soit par suite de la faiblesse du cœur, soit par la pression extrinsèque du sang lui-même, soit enfin par la formation de caillots. Ce n'est que lors du second accès que l'épanchement pleural fut complété par une invasion nouvelle, qui cette fois se termina par la mort. L'impulsion extrême du cœur constatée pendant la vie n'était en réalité qu'une impulsion communiquée par la tumeur anévrysmale sous-jacente; mais l'erreur ne pouvait guère être évitée. Signalons encore la situation singulière du sac par rapport au poumon, situation qui explique l'absence des signes fournis ordinairement par les anévrysmes de l'aorte, et en particulier l'intégrité de l'œsophage qui ne fut jamais comprimé un seul instant.—*Medical Times and Gazette* du 24 février 1877.—*Gazette médicale de Paris*.

---

**Arthrite blennorrhagique de l'articulation temporo-maxillaire**, par le docteur Durodie.—*La Gazette Médicale de Bordeaux* publie un cas d'arthrite blennorrhagique siégeant dans l'articulation temporo-maxillaire. Le fait est assez rare: en effet, nous ne trouvons dans la statistique de 119, dressée par M. A. Fournier, pour le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, que 6 cas de lésion de l'articulation de la mâchoire; encore cette lésion a-t-elle été rarement observée, indépendamment d'autres déterminations articulaires. Il s'agit ici d'un malade âgé de 42 ans, atteint pour la première fois d'une blennorrhagie, mais ayant eu, à l'âge de 20 ans, un rhumatisme qui a traîné successivement et lentement dans les articulations des membres supérieurs et inférieurs. C'est vers le quinzième jour de la blennorrhagie, au moment où l'écoulement commençait à diminuer, que s'est déclarée une douleur très-vive dans l'articulation temporo-maxillaire du côté gauche, en même temps qu'une tuméfaction survenait rapidement. Bientôt on put reconnaître tous les caractères d'une arthrite aiguë. L'inflammation céda en peu de temps sous l'influence d'une application de sangsues, de l'immobilité la plus absolue et de fomentations narcotiques, et quatre jours plus tard le malade était dans la possibilité d'ouvrir largement la bouche. Au bout de huit jours l'arthrite était complètement guérie: l'écoulement recommença, mais avec une intensité moindre.—*Gazette Médicale de Paris*.

**Débris muqueux simulant par leur forme des vers intestinaux.**—Chez une malade atteinte de tœnia constaté d'une façon certaine par l'examen des anneaux expulsés, il s'est produit une complication assez rare qui aurait pu, si l'on s'était contenté d'un examen superficiel, donner lieu facilement à une erreur de diagnostic. Cette femme, après avoir pris de la décoction de grenadier, a rendu avec ses selles des fragments membraneux, allongés, les uns cylindriques, les autres rubanés, ressemblant à des fragments de tœnia. On voit ainsi quelquefois des malades rendre de longs rubans déroulables et très-semblables à ce parasite. Dans le cas actuel, les fragments étaient beaucoup plus petits; ils étaient jaunâtres et non pas d'un blanc mat comme le tœnia; ils étaient déchiquetés et on ne trouvait pas trace ici de la séparation des anneaux. Il s'agissait donc simplement de débris muqueux qui se produisent dans certaines circonstances, mais qui ne semblent pas se montrer plus souvent lorsqu'il y a des helminthes dans l'intestin que sous toute autre influence. Dans ce fait, la coïncidence avec le tœnia donnait une grande importance au diagnostic, puisqu'on aurait pu croire avoir déterminé son expulsion, alors qu'il n'y avait de rendus que des débris muqueux. Mais en toute autre circonstance, le diagnostic n'en est pas moins utile, car la confusion peut être faite non-seulement par le malade, mais aussi par le médecin, s'il ne fait pas un examen suffisamment approfondi des produits qu'il a sous les yeux.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

**Bons effets de l'essence de térébenthine comme ténifuge.**—Le docteur Leared, ayant à soigner un homme robuste atteint de tœnia, lui administra le kamala, puis l'extrait de fougère mâle, soit seul, soit associé. Il put à diverses reprises faire rejeter des portions du parasite; mais, malgré ses tentatives répétées, il ne put avoir la tête.

Il fit prendre à son malade 12 grammes d'essence de térébenthine et 2 grammes de teinture de jusquiame dans 120 grammes de potion gommeuse.

De copieuses évacuations, contenant le ver et sa tête, eurent lieu aussitôt, sans avoir recours à un purgatif. L'examen de la tête, plate et sans crochets, démontra qu'on avait affaire à un *tœnia medio-canellata*, espèce dont l'expulsion est plus difficile que celle du *tœnia solium*.

L'auteur est d'avis que l'essence de térébenthine est le plus puissant des ténifuges. Mais, dit-il, la térébenthine à fortes

doses n'est pas exemptes d'inconvénients, ni même de dangers pour la vie; je connais un cas de mort causée par ses effets nuisibles sur les reins. Ce danger peut être beaucoup diminué, sinon entièrement évité, en ayant soin d'administrer un purgatif, si la térébentine n'agit pas rapidement sur le tube intestinal.—*The Practitioner*, mars 1877, p. 170.—*Bulletin général de Thérapeutique médico-chirurgicale*.

--

**Diabète sucré traité par le chloral.**—Le Dr. Cross rapporte dans le *Saint-Louis Clinical Record*, avoir été appelé auprès d'un malade buvant trois à quatre litres d'eau par jour et le double la nuit, et obligé de se lever si souvent pour uriner qu'il était absolument privé du sommeil nécessaire. Son urine contenait une grande quantité de sucre, et cet homme avait essayé de tous les traitements généralement mis en usage contre cette maladie. A ce moment l'émaciation était arrivée à un degré très-avancé, la soif et l'état nerveux provoqué par le manque de sommeil rendaient la situation très-grave. M. Cross se proposant de commencer le traitement en obtenant du sommeil pour la nuit, prescrivit d'abord de prendre un gramme de chloral chaque demi-heure jusqu'à ce que le malade commençât à dormir. La première nuit, il prit quatre grammes et dormit mieux qu'il n'avait fait depuis six mois, il se leva pour uriner seulement toutes les heures, tandis qu'auparavant il était obligé de se lever chaque demi-heure. Le même traitement fut continué le jour, sauf que la dose n'était prise que toutes les trois heures. Au bout de peu de jours, il y avait une amélioration évidente. Le chloral fut continué ainsi pendant quatre semaines, et on ajouta un peu plus tard vingt-cinq gouttes de teinture de muriate de fer à prendre quotidiennement. A ce moment le malade dormait bien, ne se relevait plus que deux fois la nuit, avait une soif beaucoup moins vive et prenait de l'embonpoint. Il partit alors pour la province; à son retour, quatre mois plus tard et aujourd'hui un an après, il jouit d'une excellente santé. Le Dr. Cross, en appelant l'attention de ses confrères sur ce fait, se demande si ce traitement n'est pas particulièrement indiqué pour les cas de diabète qui sont sous la dépendance d'un trouble nerveux.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

—

**Traitement rationnel du varicocèle.**—L'auteur rap-

porte trois observations qui quoique fort succinctes sont très-instructives et nous présentent sous son véritable point de vue la lésion connue et trop souvent traitée chirurgicalement sous le nom de varicocèle. La première a trait à un étudiant âgé de 25 ans, ancien capitaine de cavalerie dans les armées susdites. Il se présenta à l'auteur avec une tumeur variqueuse du cordon du volume d'un œuf qui le rendait fort malheureux, le suppliant de l'en débarrasser. L'opération lui fut nettement refusée, et M. Copeland se borna à lui prescrire quelques moyens palliatifs. Trois ans après, il apprenait que son patient était marié et père de famille; qu'il était guéri de son varicocèle, et demeurait convaincu lui-même que toutes ses souffrances avaient été imaginaires.

Chez un second jeune homme, âgé de 24 ans, une tumeur non moins volumineuse que dans le cas précédent siégeait sur le cordon. Le patient, convaincu qu'elle finirait par amener la destruction du testicule, était en proie à une vive inquiétude, quand par bonheur un durillon qu'il avait au pied droit vint à s'enflammer. Les douleurs furent si vives, que le patient ne douta pas qu'il y eut métastase sur le pied, de la douleur de son testicule. Guérison immédiate.

*Troisième observation.*—Ici c'est un jeune homme de 27 ans, qu'un varicocèle plonge dans un marasme intellectuel indicible. Il interrompt toutes ses occupations, mais.... contracte une blennorrhagie atrocement douloureuse. Le varicocèle est bientôt oublié. Guérison.

De ces observations, M. Copeland conclut que la varicocèle est surtout une affection ayant son siège dans le cerveau, que ce n'est qu'une forme de cet état connue sous le nom de génitomanie, et que, par conséquent, il n'y a pas lieu d'intervenir chirurgicalement. (Comme le docteur Copeland, j'ai déjà eu l'occasion de refuser à quelques patients de les opérer pour des varicocèles volumineux, et ceux que j'ai revus depuis se félicitent d'avoir échappé de la sorte à une opération inutile et qui n'est pas toujours exempte de danger. Par contre, j'ai rencontré chez certains sujets des varicocèles énormes, n'entraînant aucune incommodité et n'en ayant entraîné aucune dans un certain cas pendant plusieurs mois de guerre, à cheval et sans suspensoir..... Le sujet dont il s'agit a eu depuis plusieurs enfants.) (*The Boston medical and surgical Journal*, 29 mars 1877, p. 368.—*Lyon Médical*.)

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Quand doit-on prescrire l'usage de la sonde chez les gens atteints de rétention chronique causée par l'hypertrophie de la prostate?—Partie d'une leçon faite à University College Hospital, par sir H. THOMPSON, et traduite par le docteur JUDE HTE (de Rouen).

Une question qui se pose quelquefois d'une façon assez embarrassante devant le chirurgien est celle-ci. Quelles sont les circonstances qui réclament un emploi journalier du catheter chez les malades dont la prostate hypertrophiée empêche la naturelle expulsion des urines? La réponse dépend, pour chaque cas en particulier, de deux faits principaux: premièrement, de la quantité de "résidu urinaire," c'est-à-dire de l'urine que le malade est impuissant à expulser et qui reste dans la vessie après qu'il a uriné: deuxièmement, de la fréquence des mictions pendant le jour et principalement pendant la nuit.

La première de ces conditions, la quantité du résidu urinaire, vous ne pouvez toujours la déterminer par une seule expérience. En effet, quoique, dans les circonstances habituelles, la quantité d'urine qui reste dans la vessie soit à peu près constante, elle peut néanmoins varier sous certaines influences, telles que la présence d'un étranger, le fait d'uriner sur votre invitation et sans que le besoin s'en fasse sentir. Alors le pouvoir expulseur se trouve comme paralysé et le résidu urinaire est plus considérable.

Ceci étant posé, supposons un cas dans lequel le résidu urinaire soit de 200 grammes. Cette quantité suffit, suivant moi, pour rendre désirable que le malade commence immédiatement l'usage journalier de la sonde. Mais vous pouvez trouver une quantité d'urine beaucoup plus petite, et me demander, je m'attends même à ce que vous me demandiez "où est la ligne de démarcation? Quand puis-je dire, avec cette quantité d'urine, l'usage de la sonde n'est pas nécessaire, et, avec cette autre, la sonde doit être employée?" Eh bien! messieurs, il n'y a point de réponse absolue à une pareille question, car elle ne contient point les données nécessaires à former notre jugement. Nous devons nous enquérir d'autres faits.

J'ai cependant entendu poser, comme un véritable axiome, qu'aussi longtemps que l'urine passait limpide—quelque fût la quantité retenue—on ne devait point avoir recours à la sonde. Cette règle, qui semble bien fondée, *in priori*, ne supporte point



longtemps l'épreuve de l'expérience. Le problème dont la solution nous occupe est, comme la plupart de ceux que la chirurgie doit résoudre, beaucoup trop complexe pour pouvoir être tranché par une règle invariable. La limpidité, de même que la quantité de l'urine, ne suffit point à elle seule pour commander à nos décisions. Une énorme quantité de résidu urinaire, un demi litre et plus, peut exister claire et acide et réclamer néanmoins, sans nul doute, une évacuation par le cathéter.

Ainsi, voyons où cette règle, de ne jamais évacuer l'urine, tant qu'elle est claire, nous conduirait. Eh bien ! ni plus ni moins qu'à attendre, pour nous servir d'un instrument, la production d'une cystite chronique. Il n'y a point moyen d'échapper à cette conclusion. Or, pourquoi attendre le développement d'une affection qui amènera fatalement l'épaississement et la perte d'extensibilité des parois vésicales et que nous devons, au contraire, nous efforcer d'épargner, avant tout, à un organe plus ou moins usé et qui fonctionne mal ? En vérité, messieurs, ce sont justement ces altérations que nous tâchons d'éviter et, heureusement souvent avec succès, en commençant assez tôt l'usage de la sonde.

Je sais très-bien qu'autrefois, quand le cathétérisme ne pouvait s'effectuer qu'à l'aide de l'introduction, souvent douloureuse, pour ne pas dire plus, d'un large instrument métallique, la cystite chronique en était souvent la conséquence. Mais aujourd'hui la chose est rare avec nos sondes molles et flexibles de moyen calibre ; il suffit que vous y ayez recours assez tôt, c'est-à-dire avant que la quantité d'urine que la vessie ne peut expulser soit devenue trop considérable. L'évacuation d'une grande quantité d'urine, en effet, est, je ne dis pas toujours, mais la plupart du temps suivie de troubles locaux et généraux. Vous trouverez rarement un homme arrivé, faute de cathétérisme pratiqué à temps, à avoir un résidu ordinaire de 500 grammes ou plus et qui ne soit plus ou moins gravement incommodé par la cystite chronique et ses dépôts purulents, la fièvre et l'affaiblissement qui en est la suite quand on est forcé de le soumettre à l'usage journalier de la sonde.

En outre, à une période aussi avancée de la rétention chronique, le moindre accident produit une rétention complète, ou peu s'en faut, et alors il ne s'agit plus pour personne de discuter l'opportunité du cathéter, dont l'emploi est devenu une nécessité impérieuse et pressante. Mais alors la cystite chronique apparaîtra presque fatalement, ce qui, très-probablement, ne serait point arrivé si on avait eu plus tôt recours à la sonde. Aussi est-il d'expérience que, dans les cas de rétention chroni-

que dus aux progrès lents d'une hypertrophie de la prostate, plus l'emploi du cathéter a été différé, pires sont les accidents qui peuvent suivre son emploi. Et ainsi il arrive, malheureusement trop souvent, que les accidents redoutables qui se produisent dans ces cas sont imputés à tort au chirurgien qui a le premier pratiqué le cathétérisme, quand ils devraient retomber seulement, et très-lourdement, sur le mauvais conseiller qui a empêché qu'on ait eu plus tôt recours à la sonde. Aussi je désirerais beaucoup vous convaincre qu'avec un résidu ordinaire de 200 à 250 grammes, que l'urine soit ou non limpide, il faut, dans la grande majorité des cas, employer la sonde une fois, sinon deux fois par jour.

Il est encore une autre condition dont vous devez tenir grand compte, c'est la fréquence des mictions, fréquence qui varie beaucoup suivant les sujets. Il importe beaucoup plus, pour la décision que vous devez prendre, de savoir si le malade est dérangé six fois pendant la nuit ou seulement deux fois, que de savoir si son urine est claire ou trouble, ou même si le résidu urinaire est de 100 ou de 400 grammes. Si vous trouvez que le malade est privé de repos,—une de ces choses qui minent rapidement les forces d'un vieillard,—sondez-le le soir avant qu'il se mette au lit et voyez le résultat. Si, après que sa vessie a été ainsi vidée, il obtient quatre ou cinq heures de sommeil non interrompu,—ce qui n'est pas rare,—vous avez une raison suffisante pour continuer. Vous lui apprendrez à se sonder lui-même chaque soir, et il vous sera, à bon droit, reconnaissant du soulagement que vous lui aurez procuré.

En envisageant ainsi les différents symptômes qui varient beaucoup avec les différentes constitutions, vous n'aurez point de difficulté à prendre la détermination que réclame chaque cas particulier, vous donnerez à chaque symptôme son importance vraie et ne ferez point dépendre votre décision d'un seul, à moins qu'il ne soit tellement prééminent qu'il commande votre intervention.—*Gazette médicale de Paris.*

**Procédé pour arrêter les hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie.**—Lorsqu'on veut enlever les amygdales avec l'amygdalotome, il faut se rappeler d'abord bien exactement la direction de ces organes, qui est oblique comme les piliers du voile du palais, et ensuite appuyer surtout par le bord inférieur de l'amygdalotome plus que par le bord supérieur. De cette manière l'amygdale, et c'est toujours par la gauche qu'il faut commencer parce qu'elle est le plus difficile à

saisir, vient s'engager naturellement dans l'instrument. Du reste, il ne faut pas chercher à enlever aussi complètement que possible les amygdales: avec certains instruments on arrive à les énucléer en totalité, mais c'est là un inconvénient plutôt qu'un avantage. En effet, toute amygdale excisée à moitié, et même quelquefois simplement ébarbée, finit par s'atrophier. Il est donc inutile de chercher à l'avoir tout entière. En outre, si on cherche à faire une extraction complète, on s'expose à avoir une hémorrhagie d'autant plus grave qu'elle est très-difficile à arrêter. Une des causes de ces hémorrhagies est l'état d'inflammation où se trouve l'organe au moment de l'excision, inflammation qui a encore l'inconvénient de le rendre friable à tel point que l'on ne peut l'extraire que par petits fragments; aussi faut-il avoir soin de faire passer l'état inflammatoire avant d'opérer. Mais le plus grand danger à ce point de vue réside dans l'énucléation totale de l'amygdale; au fond de la fosse amygdalienne se trouve un tissu cellulaire recouvrant un plexus veineux très-abondant, qui peut être très-facilement blessé; et sa tendance à saigner est encore augmentée par les mouvements de déglutition et l'action de cracher. Ces hémorrhagies sont quelquefois extrêmement abondantes. M. Panas a vu ainsi cet accident se produire chez un externe de son service qu'il avait opéré, et qui fut obligé de rester dix jours à l'hôpital. Il faut savoir aussi que ces hémorrhagies ne sont malheureusement pas toujours primitives, ce qui fait qu'après l'opération on abandonne presque tout de suite les malades à eux-mêmes. Il y en a aussi chez lesquels l'hémorrhagie s'arrête d'abord et se reproduit un peu plus tard. Dans ces cas, la position du médecin est d'autant plus pénible que l'hémorrhagie est très-abondante, et qu'elle est toujours mise sur le compte de la maladesse de l'opérateur; elle est quelquefois assez considérable pour qu'un médecin ait cru un jour avoir ouvert la carotide, accident qui ne serait d'ailleurs possible que si l'on avait opéré sans prendre aucune précaution. Mais en ayant soin de ne pas énucléer l'amygdale, on évite le plus souvent ces inconvénients; et si involontairement on a fait ainsi l'extirpation, il ne faut pas quitter le malade jusqu'à ce qu'on se soit bien assuré qu'il n'y a aucune tendance à l'hémorrhagie. Contre cette dernière, tous les moyens préconisés sont infidèles; M. Panas pense qu'il n'y en a qu'un de bon, c'est la compression directe faite avec le doigt par le chirurgien lui-même. Pour cela, il faut introduire le doigt profondément dans la bouche et l'appliquer sur la plaie, en même temps qu'on soutient le pharynx en avant et qu'on l'immobilise ainsi. Il faut à ce moment se maintenir exactement dans cette posi-

tion pendant quelques minutes, sans tenir compte des accès de suffocation, des efforts de vomissements ou de la toux qu'on provoque pendant cette opération. Au bout de deux minutes, en général, l'écoulement du sang est arrêté. Trois fois M. Penas s'est vu en présence d'hémorrhagies considérables produites par cette cause, et a parfaitement réussi à les arrêter chaque fois par ce procédé.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Trachéotomie pratiquée quatre fois chez le même individu; par le docteur Pugia Thornton.—Un homme de 57 ans contracta un chancre en 1867. Deux ans plus tard survenait une éruption de rupia accompagnée d'une altération notable de la voix. La dyspnée alla en augmentant, et en 1871 il fallut recourir à la trachéotomie. La plaie fut guérie en quatre ou cinq jours, et au bout de deux semaines le malade reprenait son travail. En janvier 1874, la suffocation ayant de nouveau reparu, il fallut recommencer l'opération. la canule fut laissée en place pendant cinq ou six semaines. En avril 1875, nouvelle opération fut suivie d'un abcès du cou.

C'est en juin 1875 que M. Thornton vit le malade pour la première fois. A cette époque, les cordes vocales étaient épaissies et ulcérées; et la dyspnée, bien qu'assez marquée, n'était pourtant pas excessive. Au mois de juillet, cependant, il fallut faire la trachéotomie pour la quatrième fois et l'on fut obligé de recourir à la scie pour diviser les cartilages ossifiés.

Actuellement l'état du malade est assez satisfaisant, bien que la trachée soit notablement rétrécie et que le passage de l'air soit insuffisant.—*The Medical Examiner* du 22 février 1877. —*Gazette Médicale de Paris.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Du traitement de l'éclampsie.—Voici comment M. le docteur Charles (de Liège) résume le traitement de l'éclampsie dans son mémoire sur les convulsions des femmes en couches, mémoire couronné par l'Académie de médecine de Belgique :

1. *Eclampsies mécaniques (du sixième au neuvième mois.)*—  
a. Saignée, si le cas est urgent, ou s'il y a pléthore vraie ou fausse.

b. Drastiques, dans tous les cas qui peuvent être remplacés plus ou moins par la diaphorèse.

c. Chloroforme, quand les accès menacent d'éclater et pendant les convulsions étoniques.

d. Chloral, dans l'intervalle des accès, en lavement, qui remplace avantageusement les narcotiques; on peut y joindre l'un ou l'autre antispasmodique, tel que le bromure de potassium.

e. Terminer l'accouchement, si possible; provoquer le travail, si les accès ne tendent pas à disparaître; forcer l'accouchement, dans les cas les plus graves.

2. *Eclampsies réflexes* (avant six mois de gestation et après l'accouchement.)—a. Saignée très-rarement indiquée.

b. Purgatifs toujours assez utiles.

c. Chloroforme, chloral, etc., comme dans les éclampsies mécaniques; insister sur leur emploi et ne pas négliger les antispasmodiques.

3. *Eclampsies toxiques*.—Remplir les indications symptomatiques: émissions sanguines générales ou locales contre la congestion encéphalo-rachidienne, si elle est très-prononcée; froid sur la tête, purgatifs, diaphorétiques, bains généraux, révulsifs, narcotiques, anesthésiques, etc.—*Mémoire de l'Académie de médecine de Belgique, 1876.—Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

--

**Des déviations utérines et des moyens d'y remédier, sans recourir aux instruments destinés à être portés dans les cavités naturelles, par M. le Dr. Fontès.**

### 1<sup>o</sup> *Considérations anatomiques.*

L'utérus ne se relie aux organes voisins que par des ligaments assez lâches et uniquement situés à ses parties inférieures et latérales. Dans ces conditions, il suivrait tous les mouvements du bassin et se porterait sans cesse soit en avant soit en arrière, s'il n'était maintenu dans une position non pas absolument fixe, mais ne variant que dans de faibles limites, par le paquet intestinal qui vient se mouler autour de son fond, tandis que les anses les plus mobiles, obéissant soit à leur propre poids, soit à la pression des muscles abdominaux, se glissent dans les cul-de-sacs antérieur et postérieur, se plaçant en avant et en arrière du ligament large, en un mot, emprisonnent l'organe de telle façon que celui-ci ne peut plus se mouvoir qu'avec la masse intestinale dans laquelle il est plongé. Or, celle-ci

se trouvant elle-même maintenue par la rigidité ou la tension des parois du ventre, on comprend qu'à l'état normal ces mouvements doivent être extrêmement restreints.

2<sup>o</sup> Cela posé, pour remédier à une déviation il faut d'abord ramener l'utérus à sa position normale, ce qui devient facile, si l'on fait coucher la femme de telle façon que le bassin soit plus élevé que les épaules. On peut alors ramener la matrice au moyen du doigt qui, en agissant sur le col, fait basculer le corps en sens inverse de son déplacement.

En second lieu, il faut faire en sorte que le paquet intestinal vienne reprendre sa place autour de l'utérus redressé, en le disposant de façon à s'opposer à un nouveau déplacement. C'est là le point essentiel et auquel personne ne paraît avoir songé.

On arrive à ce résultat en maintenant l'utérus en place avec le doigt, pendant que la femme se redresse; car alors les anses intestinales viennent d'elles-mêmes combler tous les vides qui peuvent exister autour de lui.

Quand les parois abdominales n'ont pas subi d'altération, cela suffit souvent pour que la femme soit définitivement guérie. Quand elles n'ont plus une résistance suffisante par suite de grossesses antérieures ou autres causes analogues, la récurrence est facile: alors on cherche à remédier au défaut d'action de la paroi du ventre par une ceinture élastique.

D'ailleurs, si on ne voulait pas en rester là, et quel que soit le moyen artificiel de contention de l'utérus que l'on mette en usage, le succès deviendra plus facile pour quiconque tiendra compte des considérations qui précèdent.

Il est évident, en effet, que le mode d'action du paquet intestinal qui contribue à assurer la situation normale de l'utérus, a la même efficacité, quand celui-ci a été déplacé par une cause quelconque, pour le maintenir dans la position vicieuse acquise. Négliger cet élément du problème, quand on cherche à remédier aux déplacements utérins, c'est en rendre la solution à peu près impossible. Et c'est ce qui explique l'incertitude et le peu de solidité des résultats obtenus jusqu'à présent.—*Revue de théor. médico-chir.*

---

**De la ponction comme cause de torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.**—Un des points les plus intéressants et pourtant les moins connus dans l'histoire des kystes de l'ovaire est celui qui a trait aux modifications qui se produisent dans ces tumeurs, lorsque par suite de leur rotation leur pédicule est tordu. C'est ce qui a engagé le docteur

Molins à publier lesdétails de l'observation que nous allons résumer :

M<sup>me</sup> P. . . . , âgée de 33 ans environ, et mariée depuis cinq ans et demi, fut amené au docteur M. . . . , portant une volumineuse tumeur abdominale qui avait débuté dans l'hypogastre à droite un an et demi auparavant, peu après la naissance d'un enfant vivant. Elle remplissait tout l'abdomen et déviait l'utérus. L'opération, refusée d'abord, fut réclamée quelques mois plus tard par la malade, que des douleurs lombaires très-aigües tourmentaient sans cesse et que minait une fièvre continue. On n'osa pas la pratiquer d'emblée, vu l'état général, et l'on fit une ponction. Elle fut suivie d'une si rapide amélioration que quinze jours plus tard on en vint à l'ovariotomie. Après l'ouverture de l'abdomen, qui contenait une certaine quantité de sérosité, l'opérateur se trouva en présence d'une tumeur violacée, livide, flasque. Le liquide qu'elle contenait avait la coloration du vin de Porto, et en déchirant les adhérences on vit s'écouler du sang altéré, d'une coloration rouge brique. En achevant l'extirpation de cette tumeur on vit qu'elle était attachée à un pédicule assez long, mais tordu. Il avait subi deux tours de torsion, ce qui avait interrompu la circulation dans les vaisseaux qu'il recelait. La malade a guéri rapidement. Quoiqu'il n'ait pu retrouver sur ce kyste les traces de la ponction qu'il avait pratiquée quinze jours auparavant, l'auteur croit cependant que c'est l'évacuation du liquide kystique qui a permis ce mouvement de torsion. On se demande ce qu'il serait advenu si ce kyste ainsi séparé de son pédicule n'avait pas été extirpé, s'il aurait joué le rôle de corps étranger, ou si au contraire on l'aurait vu se résorber. En tout cas, ce fait à une grande importance, et peut-être ouvrira-t-il de nouvelles voies à la chirurgie ovarienne. (*The Lancet*), 14 avril 1877, p. 529.)—*Lyon Médical*.

**Ovariectomie double ; retour de la menstruation.**—M. Terrier a pratiqué avec M. Verneuil une ovariectomie dans laquelle les deux ovaires ont été enlevés. Néanmoins, après la guérison, la menstruation a reparu et se fait à présent très-régulièrement. Ce fait a déjà été observé assez souvent, d'ailleurs, et indique que l'ovulation et la menstruation ne sont pas nécessairement liées ensemble.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

## SYPHILOGRAPHIE.

—

**Syphilis et mariage** (1) *Suite.*—M. Alfred Fournier a consacré sa première leçon à exposer comment un homme syphilitique peut être dangereux dans le mariage : 1<sup>o</sup> pour sa femme, —2<sup>o</sup> pour ses enfants,—3<sup>o</sup> pour la communauté, par ses risques personnels.

Connaître les périls auxquels expose le syphilitique dans le mariage, tel était le premier point à établir pour servir de base à la discussion du problème que le maître étudie.

Ces prémisses posées, nous sommes en mesure actuellement d'aborder en connaissance de cause la redoutable question que nous avons à résoudre, à savoir :

*Quand le mariage peut-il être permis à un syphilitique?— A quelles conditions un sujet syphilitique cesse-t-il d'être dangereux pour le mariage? ou, ce qui revient au même : A quelles conditions devient-il admissible au mariage?* selon les propres expressions de M. Fournier.

C'est ici que surgissent les embarras et les difficultés pour passer de la théorie à la pratique. Ces embarras, ces difficultés, le professeur va les sentir d'autant plus vivement qu'ici, à vrai dire, il marche sur un terrain non encore défriché. Tout est à faire. Comment M. Fournier va-t-il surmonter les premières, vaincre les secondes? Nous savons qu'il en connaît les secrets. Il va prendre pour guides, d'une part, les principes qu'il a posés dans la précédente conférence, et, d'autre part, les résultats de l'observation, de la clinique.

D'après lui, les conditions d'admissibilité au mariage d'un sujet syphilitique peuvent être formulées de la sorte, et se trouvent résumées dans le programme que voici :

- 1<sup>o</sup> Absence d'accidents actuels;
  - 2<sup>o</sup> Age avancé de la diathèse;
  - 3<sup>o</sup> Certaine période d'immunité consécutive aux dernières manifestations;
  - 4<sup>o</sup> Caractère non menaçant de la maladie;
  - 5<sup>o</sup> Traitement spécifique suffisamment prolongé;
- Il suffit d'expliquer, de légitimer ce programme.

---

(1) Nous empruntons au *Mouvement Médical*, cet exposé des opinions de M. Alfred Fournier sur cette importante question. Nous en avons reproduit la première partie dans notre dernière livraison et nous continuerons ainsi jusqu'à ce que le sujet soit épuisé. (Note édit.).



PREMIER POINT, — PREMIÈRE CONDITION: — *Absence actuelle d'accidents syphilitiques.* — Voilà un premier point qui, à coup sûr, ne soulèvera pas de contestations. Il est élémentaire, en effet, pour tout le monde, pour les gens du monde comme pour les médecins, que la première obligation à remplir pour un malade syphilitique est de ne pas présenter d'accidents syphilitiques le jour de son mariage. Car la seule présence du moindre accident syphilitique est un témoignage éclatant de la maladie avec toutes ses conséquences, tous ses dangers.

(Qui peut croire qu'un homme fût assez osé d'apporter la vérole dans une corbeille de mariage! Cependant cet homme existe, il a existé plusieurs fois. Maintes observations contenues dans la science sont là pour en faire foi; et, pour sa part, M. Fournier déclare avoir vu des malades se marier en présentant, le jour même de leurs noces, divers accidents syphilitiques, tels que psoriasis palmaire et plantaire, syphilides papulo-squammeuses ou ecchymateuses, syphilides croûteuses du cuir chevelu, plaques muqueuses gutturales et labiales, voire même un sarcoécèle syphilitique!!

“ J'ai vu deux fois, dit M. Fournier, de mes yeux vu, ce qui s'appelle vu, des malades se marier (malgré moi, bien entendu, et malgré toutes mes plus énergiques protestations), avec un chancre, un chancre induré en pleine période d'état!!! ”

C'est à ne pas y croire!

Quels mobiles, bon Mercure! quelles sollicitations peuvent ainsi pousser quelques gens à se marier de la sorte, avec des symptômes actuels de vérole? — Quel beau chapitre de pathologie morale à faire! Messieurs les philosophes, la plume en main, et à la besogne!

Deux mots à ce sujet. — Il y a les *naïfs*: ils pèchent par ignorance des dangers auxquels ils exposent femme, enfants à venir et eux-mêmes. — Il y a les *infâmes*, les *cyniques*: ceux-ci bravent tous ces dangers en pleine connaissance de cause, et cela en vue d'une dot, d'une situation, d'une “ position ” à conquérir. — La plupart sont des *légers*, des *faibles d'esprit et de cœur* qui se laissent étourdir, naïvement engager dans un mariage sans réfléchir qu'ils y étaient le moins propres possible, puisque, le moment fatal arrivé, ils se trouvent acculés à une impasse dont leur débilité de caractère les rend incapables de sortir. La crainte d'un scandale, la crainte d'un éclat entre deux familles, la crainte de la notoriété publique qui affligerait à la fois et leur maladie et leur lâcheté, voilà ce qui les empêche de se dédire.

DEUXIÈME POINT, — DEUXIÈME CONDITION. — *Age avancé de la diathèse.* — Ce deuxième point est le plus essentiel du programme.

Voici l'axiome de M. Fournier :

“ Plus jeune est la syphilis de l'époux, plus nombreux et plus graves sont les dangers qu'il apporte dans le mariage.”

Réciproquement :

“ Plus âgée est la syphilis, moindres sont les risques dont il peut être responsable.”

Avec le distingué syphiliographe de Saint-Louis, examinons la question au point de vue des dangers de la contagion pour la femme.

La syphilis jeune est particulièrement dangereuse comme contagiosité, chacun sait cela.

C'est, en effet, dès les premiers mois, les deux ou trois premières années de la syphilis que s'observent surtout ces manifestations disséminées, éparpillées de la diathèse, qui, sous forme de syphilides diverses, affectent les muqueuses de la peau.

Chacun sait qu'à cette époque de la diathèse cet ordre d'accidents est sujet à récidiver, à repulluler, avec une facilité remarquable, avec une insistance parfois désespérante.

Chacun sait aussi qu'à cette époque de la diathèse il est deux foyers de prédilection qu'affectent ces syphilis secondaires, à savoir : la bouche, la verge, c'est-à-dire les deux localisations les plus dangereuses au point de vue qui nous occupe.

Au contraire, à une époque plus reculée, *a fortiori*, à une étape avancée de la diathèse, ces mêmes dangers de contagion n'existe plus, ou du moins n'existent que d'une façon très-réduite, très-restreinte relativement. Et cela, parce que :

1<sup>o</sup> Avec la syphilis vieillie, les manifestations sont infiniment plus discrètes, infiniment moins répétées ;

2<sup>o</sup> À cette époque, elles ne consistent plus en ces accidents bénins, superficiels (et si dangereux par cela même qu'ils semblent plus inoffensifs), mais en des ulcérations profondes qui ne sont plus exposées à passer inaperçues, et, partant, être transmises par inadvertance.

Nous concluons à ce sujet avec M. Fournier :

“ La contagion de l'époux est d'autant plus à craindre que la syphilis de l'époux est plus récente.”

— Autre point de vue, celui des influences héréditaires : l'âge avancé de la diathèse est une condition favorable. Nous en avons une preuve formelle dans ces faits si nombreux d'avortements successifs se produisant sur une femme saine par le seul fait de l'influence syphilitique du mari, avortements qui décroissent au fur et à mesure que la syphilis s'éteint et se transforment en vrais accouchements à une époque donnée.

Avec le temps, ce grand effaceur de toutes choses, on arrive à bien : ceci le prouve notamment. Des exemples très-probants

ont été produits par Bertin, P. Diday, Roger, Mireur et tant d'autres, relatif à l'influence atténuante et correctrice du temps vis-à-vis la syphilis.

Le temps est donc l'influence paternelle. En voici une preuve nouvelle :

Quels sont dans le mariage les pères syphilitiques les plus dangereux pour leurs enfants ? Ce sont ceux qui se sont mariés avec une syphilis jeune, avec une syphilis récente, datant de quelques mois, de 1, 2 ou 3 années ; tandis que ceux qui se sont mariés avec une syphilis plus âgée, avec une syphilis datant de 5, 6 ou 10 ans, exercent sur leurs enfants une influence héréditaire bien plus réduite. Très-rares sont les faits dans lesquels cette influence s'est encore produite 8 ou 9 ans après.

En somme, avec la syphilis, il y a toute chance à attendre le plus longtemps possible avant d'arriver au rôle de père, telle est la loi. C'est le cas de lire : *Dura lex, sed lex*.

Si un homme devient père, alors qu'il est sous le coup d'une syphilis encore jeune, il court grand risque que ses enfants meurent à peine engendrés ou tout au moins ne viennent pas à terme.

Si un sujet syphilitique attend plusieurs années avant de créer des enfants, il acquiert avec le temps de nombreuses chances pour que ces enfants naissent viables ; et il en gagne d'autant plus qu'il en aura davantage.

Telle est la règle qui, à M. Fournier, a paru ressortir d'une façon formelle des faits observés par lui jusqu'à ce jour.

*Conclusion :* Donc, à tous égards, tant au point de vue des dangers courus par la femme et courus par l'enfant, que des risques personnels du mari, l'âge plus ou moins avancé de la syphilis est une condition essentielle à remplir pour le mariage.

Mais enfin quel âge doit avoir cette syphilis ? Il nous faut une date, un chiffre.

Point délicat à soulever, et M. Fournier nous laisse penser que syphilis et arithmétique sont deux êtres qui ne supportent pas de terme de comparaison. Néanmoins, il répond ceci :

1<sup>o</sup> L'âge de la syphilis n'est pas la seule donnée d'après laquelle on puisse déterminer l'époque à laquelle le mariage sera permis à un syphilitique, car il est d'autres conditions à consulter telles que le traitement, la qualité, la durée du traitement et l'influence exercée par lui. Donc, on ne saurait se baser sur l'âge seul de la maladie pour fixer une limite ;

2<sup>o</sup> Les réserves faites, à ne tenir compte que de la question d'âge, M. Fournier ne croit pas qu'il soit permis à un syphilitique de songer au mariage avant une période minimum de 3 à 4 années.—*Le Mouvement Médical*.—(à continuer.)

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la diarrhée des enfants.—M. Bauzon conseille, dans sa thèse sur le sevrage, dans le cas où il se produirait une diarrhée séreuse abondante, de supprimer tout d'abord les aliments indigestes, de rendre le sein à l'enfant, ou tout au moins le régime lacté. Si la diarrhée est accompagnée de vomissements et si elle persiste, on donnera toutes les deux heures une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Bicarbonate de soude.....	grs. xv
Sous-nitrate de Bismuth .....	ʒss
Julep gommeux.....	ʒiij

Dans les cas de diarrhée rebelle, la préparation suivante, préconisée par M. Archambaud et fort usitée en Angleterre, donne de bons résultats :

Teinture de rhubarbe.....	ʒij
Sulfate de magnésie .....	ʒj
Eau distillée d'anis.....	ʒjss
Sirop de gomme.....	ʒiijss

Une cuillerée à café, trois fois par jour, pour un enfant d'un an.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

## Formule contre le Choléra.

R. Mist. cretæ.....	ʒi.	
Spts. chloroformi.....	gtt. xv.	
Tr. opii .....	gtt. iv.	M.

à prendre tous les 2 ou 4 heures.—*Canada Lancet.*

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUILLET 1877.

---

## Association Médicale du Canada.

Le 12 septembre prochain, aura lieu, à Montréal, la dixième assemblée annuelle de l'Association Médicale du Canada, sous la présidence de M. le Dr. W. H. Hington. Bien que le but élevé et les résultats pratiques de cette société médicale soient connus de tous, il ne sera pas inutile, cependant, d'en dire quelques mots.

L'Association Médicale du Canada fut fondée en 1868, à Québec, dans les salles de l'Université Laval. A M. le docteur Marsden appartient, dit-on, en grande partie, le titre de fondateur. L'association s'occupe de sciences, de philosophie morale et en général de tout ce qui a rapport à l'art de la médecine. Les assemblées ont lieu, à tour de rôle, dans les principales villes de la Puissance; c'est, à coup sûr, un spectacle digne d'admiration que de voir, comme en 1873, à St. Jean, Nouveau-Brunswick, près de trois cents médecins, venus de toutes les parties de la Puissance, pour travailler d'un commun accord, au progrès de la science.

L'Association Médicale est certainement une idée grandiose, d'abord, en ce que, comme nous venons de le dire, elle rassemble de tous les points du pays nos sommités médicales et constitue la profession en un tout, qui travaille à l'union et à promouvoir les intérêts communs, ensuite en ce qu'elle établit entre les médecins des différentes parties du pays et des différentes nationalités des rapports d'harmonie et d'estime.

Un moment en 1873 et 1874, on a craint que la discussion du bill médical, alors projeté, ne prit une tournure regrettable, mais, grâce à la réserve qu'on apporta de côté et d'autre, tout se passa dans l'ordre et il n'y a aucun doute, que cette question épineuse étant enfin décidée, rien n'entravera plus désormais l'harmonie des rapports et la marche des progrès de l'association. L'Association Médicale du Canada a déjà fait des démarches pour se mettre en rapport avec une organisation analogue qui existe aux Etats-Unis et former de temps à autre

des congrès internationaux du genre de celui qui eut lieu à Philadelphie, à l'époque du Centenaire; on comprend qu'elle puissante impulsion de telles assemblées donneraient au développement des sciences médicales sur ce continent, le travail et l'émulation feraient briller bien des éclairs de génie.

L'assemblée du 12 septembre prochain, sera la deuxième de l'Association, à Montréal. La première assemblée, en 1872, n'eut pas tout l'éclat et le fruit qu'on était en droit d'espérer; peu de travaux furent présentés; ce fut, en un mot, un fiasco comparativement aux assemblées antérieures. Espérons que, cette fois, Montréal va prendre sa revanche; nous tenons de source certaine qu'on omettra certains détails de forme, tout en faisant les choses dignement et convenablement, pour s'occuper davantage du but réel de l'association. Tout semble promettre une séance instructive; trois lecteurs sont déjà inscrits: l'un sur l'*anémie pernicieuse*, le deuxième sur la fistule vésico-vaginale, et le troisième sur l'hygiène; il est probable qu'à ceux-là s'en ajouteront d'autres encore. En outre, l'association est divisée en sept comités, à savoir:

1<sup>o</sup> Comité de pathologie interne, 2<sup>o</sup> de chirurgie, 3<sup>o</sup> d'obstétrique, 4<sup>o</sup> de thérapeutique, médicaments nouveaux et jurisprudence médicale, 5<sup>o</sup> de nécrologie, 6<sup>o</sup> de littérature médicale, 7<sup>o</sup> de climatologie. Chacun de ces comités élit son président qui, au jour de l'assemblée, est tenu de faire rapport des travaux de sa section, ce qui fait autant de lectures des plus intéressantes.

On constate, avec regret, que l'association médicale est loin de compter parmi l'élément canadien-français, un nombre de membres proportionnels au chiffre des médecins de cette nationalité; espérons, au moins, que tous les membres de la profession à Montréal, profiteront de l'invitation et se rendront à l'assemblée du douze septembre, pour contribuer à lui donner tout l'éclat possible, peut-être les résultats pratiques de cette réunion, engageront-ils les retardataires à se joindre à ceux qui travaillent d'une manière si efficace aux progrès des sciences médicales.

---

### A nos abonnés.

---

Nous avons adressé les comptes de l'année courante à nos abonnés en retard, et nous espérons que tous se feront un devoir

de les acquitter immédiatement. Que tous veuillent bien se rappeler, que les charges que nous impose, en temps ordinaire, la publication de cette revue, deviennent extrêmement onéreuses par les temps de crise monétaire que nous traversons, et que, plus que jamais, nous avons le droit de compter sur leur concours empressé pour nous aider à continuer cette œuvre nationale.

Pour ceux qui n'ont pas encore payé leur abonnement de l'année dernière (1876), nous les engageons, encore une fois, à faire diligence, s'ils ne veulent pas éprouver de retard dans l'expédition du journal et voir leurs comptes mis en collection.

---

## BIBLIOGRAPHIE.

---

L'art d'élever les enfants, par le Dr. Brochard, Chevalier de la Légion d'Honneur et de l'Ordre royal de Charles III d'Espagne, lauréat de l'Institut et de l'Académie de Médecine, professeur libre d'hygiène et des maladies des nourrissons à l'Ecole pratique de la Faculté de Paris, rédacteur-en-chef de *La Jeune Mère*.—A Paris, chez tous les libraires, 1877.—Prix: 25 centimes.

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur l'annonce que nous publions ailleurs des ouvrages composant la *Bibliothèque maternelle* de M. le Dr. Brochard; ils pourront se convaincre, en parcourant la liste des nombreux ouvrages qu'il a déjà publié sur les diverses questions intéressant la santé des enfants, que personne ne pouvait mieux que lui faire connaître l'art d'élever les enfants, et dire avec plus d'autorité: "Les nouveaux-nés qui, chaque année, succombent par milliers, ne meurent pas de maladies. *Tous meurent de fautes commises contre l'hygiène*. Apprendre aux mères à élever leurs enfants, est le seul moyen de diminuer cette mortalité sans nom, qui est un outrage à la morale, à la religion, à la société."

L'auteur de ce petit livre n'a pas cherché à en faire une œuvre de science, ou une œuvre de commerce, il a voulu, comme il le dit, en faire une œuvre de propagande morale et sociale, et pour cela, il a traité avec beaucoup de clarté et de concision toutes les questions se rapportant à l'élevage des enfants, et il a mis la prix de son ouvrage (25 centimes) à la portée de toutes

les bourses: Espérons qu'il obtiendra une grande circulation en Canada, et qu'en éclairant les mères de familles sur leurs devoirs, il nous aidera à faire disparaître les erreurs et les préjugés qui sont aussi funestes aux enfants ici, qu'en France.

---

## VARIÉTÉS.

---

**Origine de la vaccine.**—Le docteur Huillet rapporte, dans le *Nice-Medical*, d'après des recherches faites par lui à Pondichéry, que, selon les livres indous, la variole aurait été connue dans l'Inde à une époque si éloignée qu'on peut l'en croire originaire; l'inoculation du cow-pox y aurait été connue en même temps, puisqu'elle est décrite dans un livre indou dont l'auteur, Dhanwantary, père de la médecine, a vécu plusieurs milliers d'années avant Hippocrate.

Voici la légende fabuleuse de l'origine de la variole. Au début, les hommes et les animaux n'étant point soumis aux lois de la mort, la déesse de la terre se trouva incapable de supporter le poids énorme qui l'accablait. Alors Brahma créa la déesse de la mort, Cali; mais celle-ci ayant longtemps fait pénitence en pleurant pour que ses mains de femme ne fussent pas teintes de sang, il décida que toutes les larmes qu'elle avait versées pendant ce temps deviendraient des maladies, et que tous les êtres vivants périraient par elles.

De ce jour, entra dans le monde la maladie avec ses longues souffrances; des personnes de tout âge commencèrent à mourir de nombreuses affections engendrées par les larmes de la déesse de la mort. Celle-ci alors, grâce au pouvoir destructeur de ses pleurs, tyrannisa les dieux et les démons, les hommes et les animaux. Mais les dieux burent l'amritum, ce beurre de la mer de lait, et devinrent immortels; alors naquit un médecin céleste, nommé Dhanwantari, pour résister au pouvoir de la déesse de la mort et pour instruire le monde dans la science médicale. Dhanwantari fit ses pénitences à Sacti, la déesse de la nature qui préside aux maladies; celle-ci se montra et l'instruisit des remèdes propres à combattre toutes les maladies. C'est donc dans un des ouvrages attribués à ce père de la médecine que se trouve la description de neuf espèces de variole.



parmi lesquelles trois sont déclarées incurables ; au nombre de ces dernières est la variété confluyente. Ensuite l'auteur donne les règles pour pratiquer l'inoculation ; en voici un extrait :

Prenez le fluide de la petite vérole sur le pis d'une vache ou sur le bras d'un être humain, entre l'épaule et le coude, avec l'extrémité d'une lancette, et piquez le bras entre l'épaule et le coude, jusqu'à ce que le sang apparaisse ; alors mêlez le fluide avec le sang, et la fièvre de la petite vérole se montrera. La maladie produite par le vaccin pris sur le pis d'une vache sera de la même nature que la petite vérole ; mais avec la différence qu'elle n'inspire aucune crainte et ne réclame aucun médicament ; on peut prescrire la diète pour complaire au patient, qui peut être inoculé une, deux, trois, quatre, cinq ou six fois. Viennent ensuite les détails relatifs aux suites de la vaccination.

D'après le travail de M. le docteur Huillet, il semble constant que de l'Inde la connaissance de l'inoculation de la vaccine ait passé dans d'autres pays. Elle est pratiquée depuis longtemps en Perse, dans la Nouvelle-Espagne, et il est probable qu'elle était connue en Angleterre au moment où Jenner fit sa découverte, bien qu'elle lui fût restée inconnue.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

---

## DÉCÈS.

A Berthier (en haut), après 9 jours de souffrances, des fièvres scarlatines malignes, Joseph-Norbert-Antoni, enfant du Dr. D. Drainville, à l'âge de 5 ans et 8 mois.

---