

PAGES

MANQUANTES

SOMMAIRE

MÉMOIRES

- 289—L'alcoolisme chronique..... *F.-X. J. D.*
305—Du traitement des pieds-bots paralytiques par
l'anastomose tendineuse..... *Eug. St-J.*

ANALYSES

MÉDECINE

- 310—Du traitement externe du prurit..... *L. D.*
319—Du traitement de l'acné polymorphe..... *L. D.*
321—Le lavement gélatiné dans les hémorragies
intestinales de la fièvre typhoïde..... *E. L.*

CHIRURGIE

- 322—Nouveau traitement des cancers par le sérum
anticellulaire..... *E. L.*
324—L'intervention chirurgicale dans les perfora-
tions intestinales au cours de la fièvre ty-
phoïde.....

OBSTÉTRIQUE

- 326—La rétention des membranes dans l'accou-
chement normal..... *Prof. B.*
331—Le céphalématome..... *R. F.*
332—Nouvelles et variétés..... *C. V.*

Cie des Médecines Patentées Françaises

130, RUE ST-DENIS, MONTREAL.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE FRANCAIS

Qualité irréprochable.

Sécurité absolue.

DOCTEURS !

LORSQUE VOUS ACHETEZ VOS INSTRUMENTS
IL EST NÉCESSAIRE QU'ILS VOUS DONNENT
COMPLÈTE GARANTIE, SÉCURITÉ ABSOLUE.

SEULS LES INSTRUMENTS

MATHIEU DE **PARIS**

REMPLISSENT CES CONDITIONS, PARCE QUE

- 1° Leur qualité, leur trempe sont supérieures.
- 2° Qu'il ne s'altèrent ni ne se détériorent jamais.
- 3° Qu'ils durent une vie et plus.
- 4° Qu'ils ne nécessitent pas les coûteuses et fréquentes réparations des instruments à **BON MARCHÉ.**
- 5° Qu'ils libèrent l'opérateur de toute inquiétude quant à la solidité de son instrument.
- 7° Qu'ils sont forgés à la main si non à la machine, c'est-à-dire travaillés un à un et soigneusement finis dans toutes leurs parties, alors que l'instrument bon marché est bâclé à la grosse.

Avant d'acheter, souvenez-vous que le bon marché revient toujours très cher.

DEMANDEZ PRIX ET CATALOGUE

MEMOIRES

L'ALCOOLISME CHRONIQUE (1)

Par le Dr F.-X. JULES DORION, Québec

Les alcooliques n'ont recours au médecin que dans des cas déterminés : lorsqu'un traumatisme ou un écart de régime plus grave les a jetés dans le délirium tremens, lorsque des excès répétés ont tellement délabré leurs organes que la vie ne tient plus qu'à un fil, ou encore, lorsque la localisation plus marquée des désordres sur le système nerveux, les a rétranchés du nombre des êtres raisonnables.

Ce ne sont pas là les seuls effets de l'alcoolisme, mais les conséquences ultimes, car, avant que les malades en soient venus à cette extrémité, par combien de phases ne sont-ils pas passés au cours desquelles leur intelligence, leur énergie et leur santé s'en sont allées comme goutte à goutte. L'alcoolique, parvenu au dernier degré de la cachexie et du marasme, ne peut plus guère faire de tort qu'à lui-même ; mais avant que ses excès l'aient éloigné de la société, il a pu compromettre ses affaires et léguer à des enfants le triste héritage de sa déchéance physique. Il est donc d'autant plus important que les médecins aient l'oeil ouvert sur des accidents un peu négligeables, aux yeux de plusieurs, que les moments sont précieux et qu'il est urgent d'intervenir et d'enrayer un mal qui, plus tard, serait irréparable.

Il importe d'abord de s'entendre sur les termes : Si alcoolisme était synonyme d'ivrognerie, nul doute qu'un grand nombre de personnes, notamment les classe dirigeantes, pourraient s'en

1 Travail présenté au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française, tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902.

dire exemptes ; on peut même être ivrogne sans être alcoolique, si l'on ne s'enivre que rarement ; mais, par contre, la grande majorité de nos alcooliques ne se sont jamais ennivrés. A ce propos, voilà comment le docteur Jacquet, dans une conférence à la ligue anti-alcoolique de la Croix blanche, apostrophe ses concitoyens :

“ Quand on parle d'alcoolisme, vous songez à l'ivrogne en soi, au pochard idéal, si je puis dire, ou encore au voisin, mais jamais à vous-mêmes. Et c'est là, n'en doutez pas, l'obstacle à la réforme individuelle, prélude obligé de la réforme sociale. Et cependant, sache-le bien, si tu n'est pas le pochard, l'alcoolique c'est toi, bourgeois jouisseur, qui, après un bon diner, lui-sant de bonne chair et gavé de vins fins, sirotés amoureux-ement ton petit verre de vieille eau de vie ou de chartreuse. C'est toi encore qui, aux terrasses potinières des cafés, dans l'odeur dentifrice de l'absinthe, dégustes ton apéritif exygué et hygiénique ! L'alcoolique, c'est toi aussi, potache nigaud, jeune niais, qui crois faire l'homme et te donner je ne sais quelle désinvolture cavalière, en fréquentant les brasseries et en atrophi-ant, chez toi, les attributs de la virilité : un cerveau calme, de beaux et bons muscles, des reins puissants. ”

Cette apostrophe, quoique virulente, n'en donne pas moins une note assez juste sur la manière dont s'exercent les ravages de l'éthylisme. Il suffit que les médecins se rappellent les cas qu'ils ont à traiter pour se convaincre de la justesse de cet avar-cé ; nous n'avons que rarement l'occasion de soigner les vérita-bles pochards, mais les hépatites alcooliques, les dégénérescences, ces troubles psychiques, moteurs ou sensitifs, sont souvent le partage de clients à réputation de sobriété.

Le sujet suivant, présentant, à peu près tous les désordres observés dans ces cas, peut servir d'exemple :

X, robuste individu de trente cinq ans, ne s'est jamais grisé au point d'avoir maille à partir avec les sergents de ville; mais il s'intoxique à petites doses depuis de longues années; il y est porté, d'ailleurs, par son genre de commerce: c'est un trafiquant de peaux et ces sortes de marché, paraît-il, ne se concluent jamais sans l'accompagnement obligé d'un petit verre. Notre homme boit surtout de l'alcool et de la bière.

Cependant, il ne vient pas me voir de lui-même, ne se plaignant pas de son état; mes soins sont d'abord réclamés par le père qui s'alarme de voir son fils perdre la mémoire au point de ne pouvoir contrôler ses affaires.

A l'examen externe, le malade a l'apparence d'un alcoolique dans la pleine floraison qui précède la déchéance: tissu adipeux abondant, teint fleuri, yeux bouffis. Parmi les symptômes caractéristiques, l'amnésie a ceci de particulier qu'elle est analogue à celle des ramollis par l'âge, ce que, dans notre pays, on est convenu d'appeler les gens en enfance: c'est-à-dire qu'il a perdu le souvenir des faits récents mais mentionne avec assez de suite les anciens. Ainsi, il oublie notre visite du matin ou notre conversation de la veille, mais il raconte fort lucidement des faits qui se sont passés dans son enfance et donne de minutieux détails sur les maladies dont il a souffert alors.

Ces troubles de la mémoire sont souvent entremêlés de délires subaigus ou rêves prolongés de Lasègue: il continue à l'état de veille, des affaires qu'il a cru commencer pendant le sommeil: il converse avec des personnes imaginaires, mais contrairement à ce qui se passe d'ordinaire, ces visions n'ont pas le caractère terrifiant.

Du côté de l'œil les troubles portent principalement sur le muscle du cristallin qui ne varie plus sa courbure suivant les distances, aussi, comme chez les vieillards encore, la vision est elle imparfaite et la lecture et l'écriture absolument impossibles

à moins que les caractères ne soient très gros. Cependant la nyctalopie habituelle dans ces cas, fait défaut ici.

Les oreilles ne rendent pas les services accoutumés mais sont le siège, principalement la gauche, de bourdonnements répétés consistant surtout en bruit de chute d'eau, ou de sirène qui fatiguent beaucoup le malade ; ces bruits ont été très tenaces et du nombre des accidents qui sont disparus les derniers.

Les organes à toucher sont atteints par la pseudo-anesthésie dont nous parlerons plus loin ; le sujet se plaint de la sensation de onate interposée entre ses mains ou ses pieds et les objets qu'il touche.

Il y a des vertiges avec tendance à toujours aller du même côté, les sensations sont plus pénibles et plus accentuées lorsque le malade est devant un vide : ainsi la dernière fois qu'il a descendu les escaliers de sa demeure, il a été obligé de se glisser sur les fesses pour ne pas tomber, comme il l'aurait fait infailliblement s'il fut resté debout. Le malade est fort incommodé d'une pseudo paraplégie qu'on pourrait aussi nommer pseudo-taibes ; les réflexes rotuliens persistent mais affaiblis, et l'hémianesthésie est assez marquée, surtout du côté gauche, où semblent prédominer les phénomènes morbides. Dans la marche, les jambes se refusent soudain à remplir leur office ; plusieurs fois le jour elles sont le siège de crampes, de douleurs fulgurantes, de frissonnements que le sujet compare à des fourmis qui marcheraient sous sa peau.

Du côté du tube digestif on remarque une pharyngite chronique d'origine probablement irritative. L'appétit est diminué et l'estomac renferme beaucoup de gaz. Chaque matin il a des vomissements d'un liquide blanc, filant et visqueux, presque transparent, et cela sans beaucoup d'efforts. L'appétit étant nul, le malade ne déjeune pas, mais comme la soif est vive, il recourt

à ses breuvages favoris et continue ainsi, dès le matin, à poursuivre sa méthode d'intoxication lente. Le repas du midi est assez substantiel, mais la faim jamais impérieuse. L'intestin fonctionne bien et il y a plutôt diarrhée que constipation. Malgré son âge et son apparence robuste, le sujet ne paraît avoir que peu d'appétit sexuel.

Après trois mois d'un traitement bien suivi, mon malade est revenu à un état satisfaisant ; je l'ai d'abord isolé, avec un entourage choisi, capable d'exercer une surveillance intelligente et attentive, ceci fait, j'ai retranché assez brusquement l'alcool que j'ai remplacé par l'eau de Vichy à profusion, pour tromper la soif. Le médicament actif a été la strychnine sous forme de nitrate, en injections hypodermiques, tandis que la teinture de noix voique, dans un excipient agréable était donnée à l'intérieur. L'appétit s'est réveillé facilement pour devenir bientôt vorace au point que mon malade avait pris tellement de corpulence, lorsque j'ai fait cesser la réclusion, qu'il a dû commander des habits neufs, les siens étant devenus trop étroits.

La diarrhée est disparue après une couple de semaines, mais les troubles des organes des sens ont été les plus tenaces et la vue, les oreilles et la mémoire ont été lents à recouvrer leur intégrité.

Quoique ne présentant pas tous les symptômes susceptibles d'être rencontrés dans l'alcoolisme chronique, ce cas peut cependant être rangé parmi les types les plus classiques de ces malades dont l'affection passerait inaperçue si ceux qui s'intéressent à eux ne requéraient des services médicaux.

Nul doute que si mon patient avait souffert de traumatisme même léger, on aurait pu remarquer chez lui une réaction dépassant la normale, une guérison difficile et surtout du délirium tremens ; car on a, depuis longtemps, la preuve que le moindre

trouble de l'organisme expose à ces complications, chez un alcoolique.

Sur trente deux observations de traumatismes, recueillies par Meaussire, chez les buveurs d'habitude, il y a eu délire d'autant de un a cinq jours après l'accident. Voici une de ces observations :

D. mécanicien, trente six ans, entré à l'hôpital le douze novembre 1900. *Régime*, deux litres de vin, un ou deux verres de rhum, une absinthe parfois. *Stigmata*, tremblement léger des mains, rêves professionnels, cauchemars. Le père était alcoolique. Le vingt-cinq octobre en sortant de l'atelier, le malade a été poussé par un camarade, au cours d'une discussion. Il est tombé sur le bord d'un trottoir et s'est blessé à l'oeil droit. Il est entré seul, chez lui, la tête enflée : il y est resté huit jours et a été soigné pour son traumatisme. Le 4 novembre, à minuit et demi, il se levait, et grimpé sur une chaise, il criait, par la fenêtre, à Dieu, de lui donner de la lumière. Puis il est sorti de sa chambre, a escaladé la grille et on l'a arrêtée dans la banlieue occupé à déclamer. Il était pieds nus, vêtu d'un seul pantalon, sans pansement, par une pluie battante. Il s'est réveillé à l'Hôpital Ste-Anne, le 7 novembre, ne se rappelant de rien ; depuis il s'est rétabli à Ville Evrard.

Deux cas de M. Blum, fractures de jambes, ne sont sortis de l'hôpital, définitivement guéris, l'un qu'après cinq mois et l'autre après un an et demi de traitement.

Un autre cas de fracture de jambe est mort, après infection généralisée, cinq mois après l'accident. Et un malade de Lacombe, souffrant d'un grand traumatisme de la jambe reçu en état d'ivresse, mourut en vingt quatre heures, en plein *déli-rium tremens*.

Un homme de quarante cinq ans (observation personnelle) glisse sur le rail d'un tramway en traversant une rue et se fait

une fracture ordinaire de la jambe ; il n'y a pas eu de symptômes d'infection, mais pendant plusieurs mois, la consolidation s'est fait attendre au point de nous faire craindre une pseudarthrose. C'était un alcoolique.

Cette lenteur et ces troubles dans la guérison des éthyliques, s'expliquent par la nature du poison dont il font usage. L'alcool ingéré n'est pas tout absorbé, car une partie circule dans l'organisme à l'état de nature ; mais que ce soit en les traversant ou en les baignant, il irrite les organes, diminue leur vitalité et les fait dégénérer en s'y fixant. D'après un grand nombre d'observations, Meaussire en est venu à la conclusion que " l'alcool diminue le nombre des leucocytes, agents des plus importants dans la cicatrisation des plaies. Il augmente, par conséquent, la gravité des traumatismes qui, ou bien se guérissent très difficilement ou très lentement, ou bien ne peuvent se guérir et, par suite, entraînent la mort. "

Ces conclusions sont confirmées par l'expérimentation au cours de laquelle on peut faire plus abstraction des circonstances modificatrices et incriminer ainsi le véritable agent vulnérant.

Des recherches faites par Kiparsky et Petroff sur des lapins il résulte que " la cicatrisation complète des petites plaies cutanées chez les lapins ayant subi l'intoxication aiguë par l'alcool survient, en moyenne, deux jours plus tard que chez les lapins normaux, principalement à cause de la diminution générale de la substance chromatique dans tout le revêtement épithélial de l'animal en général, et dans les éléments épithéliaux qui vont des bords de la plaie vers le fond, en particulier. "

" Chez les lapins intoxiqués chroniquement, la cicatrisation se fait également plus lentement, mais ce phénomène n'a pas la même netteté chez tous les lapins. L'infiltration du fond de la plaie par les cellules polynucléaires est beaucoup moins pronou-

cée dans l'intoxication alcoolique aiguë, ce qui fait que la dissolution des faisceaux du tissu conjonctif et leur détachement du fond de la plaie se ralentissent. Dans l'intoxication chronique par l'alcool, l'infiltration du fond de la plaie, par les globules blancs est également plus lente. Comme dans l'intoxication aiguë, l'infiltration se fait ici plus lentement, de sorte qu'on peut rencontrer, le quatrième et même le cinquième jour, des cellules polynucléaires en partie non désagrégées encore et remplissant les fentes du tissu conjonctif."

"En résumé, la régénération de tous les tissus, après les blessures, est ralentie chez les lapins intoxiqués, à cause de la diminution de la résistance vitale et de l'énergie idiopathique des tissus. L'altération de la circulation se manifestant souvent en épanchements sanguins dans les plaies n'est pas, non plus, sans importance dans ce travail de régénération."

Pour produire cette diminution de vitalité, cette moindre résistance dans l'organisme, il n'est pas besoin des doses massives que s'administrent les grands buveurs ; les petits verres journaliers suffisent.

Joffroy et son élève Serveaux, en administrant chaque jour à un chien trente grammes d'alcool éthylique pur, l'ont vu arriver à la cachexie puis à la mort ; ce qui, au point de vue de la nocivité de l'alcoolisation faible, est hautement significatif.

D'un autre côté, Jacquet prétend, et l'expérience lui donne raison, que l'alcool, même à dose modérée ; n'est pas tout à fait détruit dans les tissus ; non, il circule dans le sang, on l'y retrouve en matière, et il pénètre l'intimité de nos viscères, de nos organes et de nos tissus. Il vient donc en irriter la trame, et on peut l'isoler dans le foie, dans le cerveau et dans les muscles ; on peut l'isoler aussi dans les hu...eurs et notamment dans le lait.

Ceci explique facilement tous les désordres dont il est la

cause dans les organes, et les effets anormaux produits par ces organes ainsi lésés.

Nous avons vu dans la relation du premier cas, les désordres individuels produits par cette mauvaise habitude, mais, malheureusement, ces désordres s'étendent au delà de l'individu, dans le produit qu'il engendre et nourrit de son lait. L'hérédité alcoolique est aussi lourde à porter que l'hérédité tuberculeuse, d'autant plus qu'elle appelle facilement la seconde.

Que sont les enfants des alcooliques ?

Lorsqu'ils arrivent à terme, ce sont des dégénérés, des débilés, des anémiques, des scrofuleux à charpente osseuse insuffisante et à musculature chétive. Les uns ont des convulsions dans la première enfance et de la dyspepsie à l'âge de puberté ; les autres sont facilement tuberculisables, qu'ils fassent une méningite ou une granulie. La plupart sont irritables, inobéissants, vicieux, quand ce ne sont pas des imbéciles, des névrosés ou des idiots. (1)

Les inconvénients des liqueurs fermentées avaient déjà frappé l'esprit des anciens, et l'on voit, dans l'histoire de Carthage, une loi ordonnant de boire de l'eau, les jours de cohabitation maritale.

Le docteur Legrain donne la statistique de deux cents quinze familles d'alcooliques suivies pendant deux, trois et même quatre générations. Sur trois cents dix-neuf descendants, il a trouvé trente sept naissances avant terme, seize morts nés, cent vingt et une mortalités précoces, trente huit cas de débilité physique, cinquante cinq cas de tuberculose et cent quarante cinq cas d'aliénation mentale.

Barbier (2) rapporte le cas d'un absinthique, qui eut d'abord

(1) L'adame, Hérédité alcoolique.

(2) Médecine moderne, 1899.

deux enfants dans une période de débauche ; l'un présenta des malformations congénitales, l'autre fut rachitique ; enfin, dans la même période, sa femme eut une grossesse gémellaire dont les deux produits moururent. Un enfant vigoureux naquit dans une période où l'homme s'était assagi, mais, ayant repris ses habitudes d'intempérance, il donna de nouveau naissance à un enfant rachitique.

Dans deux familles d'alcooliques dont j'ai l'histoire présente à la mémoire, les mères indemnes, jouissent d'une bonne santé : cependant la plupart des enfants qui sont très nombreux disparaissent dans les deux premières années, avec tous les signes de l'athrepsie. Parmi les survivants la plupart ne marchent qu'à quatre ou cinq ans, et encore, avec des jambes cagneuses et des tibias qui renseignent éloquemment sur leur maladie de nutrition.

Enfin, les exemples d'épileptiques, rachitiques, dégénérés, ne se comptent plus et deviennent de la plus grande banalité si l'on regarde attentivement autour de soi et que l'on recherche les causes des accidents dont on est le témoin.

Le cas suivant, rencontré durant les premières années de ma pratique et dont j'ai gardé un souvenir vivace, confirme bien la théorie du docteur Jacquet, que l'alcool se retrouve, en partie, dans les humeurs et notamment dans le lait. C'est celui de l'enfant B., de sexe masculin, né en mai 1893 et mort de broncho-pneumonie en février 1894.

Quoique la maladie ait évolué d'une façon normale, l'enfant mourut plutôt d'adynamie que d'asphyxie. La mère, d'âge moyen et polysarcique, appartenait à la dernière classe de la société ; douée d'une collection de vices, elle était surtout ivrogne, s'alcoolisant brutalement à toutes les occasions.

L'enfant était nourri exclusivement au sein ; or, à l'autopsie, qui se fit par ordre du coroner, car la réputation des parents

était telle qu'on soupçonnait des mauvais procédés ou négligence coupable, je trouvai facilement les lésions macroscopiques classiques de la broncho pneumonie, mais tous les organes de cet enfant de neuf mois étaient ceux d'un vieil alcoolique. Le foie, surtout, présentait les altérations classiques de la dégénérescence éthylique : hypertrophie, apparence jaunâtre, coupe caractéristique.

Cet exemple, rare, je crois, d'enfant alcoolisé dans un âge aussi tendre, et, exclusivement par le lait de la mère, est un enseignement sur la surveillance qu'il importe d'établir autour des nourrices d'ont un grand nombre, sans se croire alcooliques, se gavent d'alcool sous diverses formes, dans le but, peut-être louable, d'augmenter la sécrétion lactée.

Malheureusement, des voix autorisées et même médicales, ont souvent concouru à entretenir cette croyance, et plus d'un médecin pourrait dire : me, me adsum qui feci. On ne pense pas assez, en prescrivant l'alcool comme tonique ou eupeptique, qu'il doit nous commander, les mêmes précautions que la morphine, surtout chez les sujets à tendance névropathique, car elles sont nombreuses, les personnes, jadis sobres, dont le goût pour l'alcool date d'une convalescence au cours de laquelle on leur a prodigué des vins plus ou moins capiteux.

L'habitude est plus facile à donner qu'à faire disparaître et c'est surtout là qu'il importe de prévenir pour ne pas avoir à guérir ; non pas que la médecine renonce à traiter une telle affection puisque son intervention peut, seule, prévenir des accidents plus graves, mais son action curative, reste relativement restreinte.

Le sentiment des auteurs est assez unanime dans ce traitement de l'alcoolisme chronique pour me dispenser d'insister sur ce point. Je me bornerai à mentionner la strychnine qui tient une place honorable parmi les médicaments employés, et à in-

sister sur l'isolement dans un milieu favorable. Je crois aussi que la vulgarisation de quelques notes au sujet des liqueurs fermentées, rendrait service à bien des personnes en les éclairant sur des dangers qu'ils ignorent.

Les différents alcools sont nocifs à des degrés divers ; Laborde et Magnan ont injecté à un cobaye un centimètre cube d'alcool éthylique pur, et à un autre la même dose d'alcool amylique. Le premier guérit après une ivresse profonde tandis que le second mourait dans le coma.

Il ne faudrait pas croire, cependant que l'alcool éthylique soit inoffensif ; il n'est que moins toxique car il y a empoisonnement quelque soit l'alcool employé, mais les accidents et la mort sont déterminés par des quantités différentes. Rabuteau, Dujardin Beaumetz et Audigé croient que la toxicité augmente avec le poids atomique ; mais il existe, en outre, dans les alcools de commerce, des produits fort dangereux : d'après Leideb, ces bases, encore peu connues, sont très toxiques et contiennent des poisons extrêmement violents pour les centres nerveux. L'addition ajoute aussi aux dangers déjà mentionnés.

Le caractère offensif des vins augmente avec l'alcool inférieur dont on les mouille, les matières colorantes qu'on y ajoute et les substances toxiques qu'on y incorpore pour donner du bouquet.

Dans la bière, on remplace l'orge par des glucoses inférieures, on donne de l'amertume par l'acide picrique, la strychnine, la coque du levant, pour ménager le houblon.

Parmi les eaux de vie, les alcools de betterave de pomme de terre et de grains sont les plus nocifs car ils contiennent, à côté de l'alcool éthylique, les alcools butylique et amylique surtout lorsqu'ils sont mal ou pas du tout rectifiés comme pour les produits de contrebande.

Le Kirch, eau de vie de cerise, contient de l'acide cyanhydrique.

L'absinthe est épiléptisante, d'après Magnan et Laborde, et stupéfiante par son essence d'anis, d'après Cadéac et Meunier.

Le vermouth et le bitter ont les mêmes propriétés : comme tous les apéritifs d'ailleurs, ils sont fabriqués avec des alcools de qualité inférieure et non rectifiés.

La rectification enlève les produits de tête et ceux de queue, (les flegmes), pour ne conserver que ceux qui passent au point d'ébullition de l'alcool vinique, ce qui abaisse beaucoup la toxicité des alcools mais les fait garder entre eux leur relation.

Or, dans notre pays la majorité des alcools sont de qualité inférieure et mal rectifiés. Les alcools de grain et de pomme de terre sont fabriqués en abondance par des bouilleurs de cru qui n'ont pas, comme en France, l'autorisation gouvernementale ; malgré l'active surveillance des officiers de douane, il existe dans toutes nos paroisses, et en grand nombre, des distilleries clandestines avec appareils primitifs et souvent nuisibles. Ces distillateurs, ignorant les méthodes de rectification ou préoccupés de se soustraire aux lois d'accise et de douane, ne s'inquiètent guère de purifier leur liquide, quelques uns même, confectionnent leur appareils avec des métaux laissant dans les produits de distillation des substances nuisibles.

A ce propos, je me rappelle un cas d'hôpital dont le diagnostic causa beaucoup d'ennui au professeur. Il s'agissait d'un individu de la campagne, échoué à la clinique avec des symptômes très accentués de saturnisme. L'interrogatoire le plus minutieux ne pouvait déceler chez lui aucun maniement de matières suspectes : il ne s'occupait pas de peinture, et n'était pas même plombier ni ferblantier. Mais, c'était un alcoolique de première force, et, pour satisfaire sa passion, il s'était fabriqué un alambic dont le serpentín consistait en un long tube de plomb ;

à cette source rudimentaire, mais impure, il s'abreuvait à longs traits, se saturant de plomb comme le peintre le plus assidu à son métier. Il guérit facilement de son saturnisme, je ne sais s'il fut aussi heureux pour sa dysomanie.

Personne d'ailleurs n'avait tenté de le débarrasser de sa mauvaise habitude, car, il faut bien l'avouer, à part le traitement de symptômes que la persistance de la cause fait toujours renaissants, la médecine est presque impuissante dans ces cas. Il importe donc de faire justice de ces spécifiques à l'aide desquels on prétend affranchir les buveurs de leurs goûts dangereux. Quelques progrès que la médecine ait faits depuis un siècle, elle ne peut encore et ne pourra jamais prétendre à des succès contre les affections morales. Tout au plus, lorsque ces affections sont intimement liées à l'existence d'un organe, pourrait-elle, à l'aide de ses instruments appliquer le principe *sublatâ causâ*. et encore, tous les eunuques ne sont pas prudes.

Qu'on ne l'oublie pas l'ivrognerie est d'abord un vice qui engendre ensuite une ou plutôt des maladies ; comme toute habitude il acquiert de la force en vieillissant, devient une seconde nature et tyrannise de plus en plus la volonté. Le fait que les uns aiment à boire et que les autres sont sobres n'influe en rien cette vérité car nous naissons avec des goûts et des penchants aussi variés que dissemblables et, conclure de ce qu'un homme aime l'alcool, que c'est un malade, c'est aller tout droit vers l'irresponsabilité morale absolue, car il faudrait juger de la même manière ceux que leurs penchants poussent au vol, à la luxure, etc. Quoique l'anatomie nous montre, dans l'homme, un animal ne se distinguant des autres que par une structure plus parfaite, il faut cependant reconnaître à cet animal une faculté supérieure lui permettant de mettre des bornes à ses appétits et de dominer ses instincts.

A notre époque, les jouissances matérielles devenues plus

faciles, contribuent pour une large part à l'affaiblissement de l'énergie ; dans la lutte contre l'alcoolisme, l'effort principal doit donc porter sur l'éducation de la volonté par tous les moyens susceptibles de la fortifier. La médecine ne peut que prêter l'appui de son autorité en montrant au grand jour les ravages causés dans l'organisme de l'homme par ce liquide dévastateur. Elle doit refaire les croyances populaires sur les propriétés toniques et reconstituantes des produits de distillation. Elle doit démontrer que l'alcool ne stimule *qu'à la manière du fouet* qui fait bondir le cheval sans lui donner de nouvelles forces et l'aiguillonner ainsi jusqu'à ce qu'il tombe épuisé.

Surtout elle doit se garder de continuer les errements du passé et de répandre le goût de cette liqueur en la prescrivant à tout propos. Les bons reconstituants du corps humain n'ont pas besoin du véhicule vinique pour produire leur effet, et nous constatons avec plaisir que les huiles de foie de morue, les glycérophosphates et les préparations arsénicales font aux vins une concurrence victorieuse dans le traitement des débilités.

Cependant, il ne faut pas restreindre cette concurrence au cercle des invalides, et des convalescents, mais plutôt chercher à l'étendre pour détruire une croyance qui tend à s'implanter chez nous et à persuader les gens qu'un bon moyen de prévenir l'alcoolisme est de répandre le goût du vin. Ce serait tomber de Charybde en Sylla : Sans doute le jus de la vigne est moins nocif que l'alcool, mais ses partisans le prennent en plus grande quantité, ce qui finit par provoquer les mêmes accidents.

Nous savons que la conviction entrera difficilement dans certains milieux où l'on vante les ancêtres qui buvaient sec et paraissaient ne pas s'en porter plus mal ; mais, pour éclairer les masses au sujet de l'hérédité qui fait peser sur les épaule des fils les faiblesses accumulées des pères, nous leur démontrons que le

peids des générations est lourd à porter, surtout lorsqu'elles se sont largement alcoolisées.

Aux prôneurs de la force musculaire des ancêtres nous pourrions vous adresser comme ce médecin d'hôpital qui tâchait de convaincre un être chétif, fort mis à mal par l'alcool. Le patient rétorquait à l'éloquence médicale que son père, fort comme un chêne, buvait cependant sa bouteille d'eau de vie par jour. Et le médecin de répondre, agacé : " C'est entendu, mais vous, ne sentez-vous pas quel pitoyable avorton vous êtes ? "

On ne saurait donc assez le répéter : dans cette lutte contre l'alcoolisme, la médecine doit demander le concours des sociétés religieuses et sociales parcequ'elle en a besoin, car si elle possède des moyens de tonifier le corps, elle en manque pour fortifier l'esprit.

Je ne puis mieux terminer qu'en citant les paroles suivantes de monsieur Georges Picot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques : " On veut suppléer à la volonté défaillante par des moyens factices et plus on y recourt, plus augmente la faiblesse. C'est donc à la source de toute force qu'il faut remonter. Il ne suffit pas d'effrayer l'homme et de lui montrer le péril, il faut surtout relever son âme. "

DU TRAITEMENT DES PIEDS-BOTS PARALYTIQUES PAR L'ANASTOMOSE TENDINEUSE. (1)

(Par le Dr EUG. ST-JACQUES, Prof. à l'Université Laval, Montréal.)

Les pieds-bots sont de deux variétés : congénitaux et acquis. Des premiers il ne sera pas question ici,—tandis que je ne m'occuperai que la variété acquise : je serai donc bref.

Le P.-B. acquis reconnaît dans tous les cas une lésion nerveuse primaire,—suivie à plus ou moins longue échéance de paralysie et atrophie musculaire.

La lésion nerveuse peut-être périphérique : névrite traumatique, section nerveuse, col osseux englobant ;—ou centrale, et c'est plus généralement le cas : telle la poliomyélite infantile.

Toujours est-il que les muscles, privés de leurs centres nerveux trophiques, dégénèrent et ne faisant plus fonction cèdent à leurs antagonistes sains qui détournent et contournent le membre affecté dans la direction de leur traction.

Nous savons avec quelle préférence la paralysie infantile s'en prend au membre inférieur plutôt qu'à l'épaule et au bras. Nous sommes réduits à la simple constatation, sans explication encore de cette singulière préférence du processus pathologique pour le segment rachidien inférieur.

Voit-on vers les 8 ou 10 ans ces paralysés des premières années, nous les trouvons en déformation marquée, car à la déviation du pied s'est ajoutée la malformation osseuse. En effet les os, souvent privés eux aussi de leurs centres nerveux trophiques ont souffert dans leur nutrition et leur développement en position vicieuse a conduit à une malformation persistante.

Quels moyens avons-nous à notre disposition contre cet état de chose ?

1 Travail présenté au premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française, tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902.

A la strychnine et au phosphore donnés à l'intérieur lorsque la période aiguë est passée,—nous ajoutons le massage et l'électricité, d'abord galvanique, puis faradique à interruptions d'abord éloignées puis graduellement plus rapprochées.

La chaussure orthopédique corrigera souvent une déformation peu marquée et suffira à une parésie plutôt qu'à une paralysie vraie et étendue. La bottine de Scarpa nous sera ici tout particulièrement utile. Mais dans la majorité des cas cette bottine ne suffit pas,—car la déformité va s'accroissant.

Au chirurgien d'intervenir activement et 3 moyens sont à notre disposition.

I. *La ténotomie* d'abord : si elle nous suffit souvent dans le P.-B. congénital, au contraire dans le P.-B. paralytique elle est généralement sans effet. Et cela se conçoit facilement. Elle sectionne un tendon de muscle sain qui a moins le défaut d'être en contracture que de se trouver sans antagonistes. Cette ténotomie du muscle sain ne donne pas de force au muscle paralysé, et c'est là le point de la question. Donc pas ou peu à espérer de la ténotomie dans le P.-B. paralytique.

II. *L'arthrodèse* : a fait ici merveilles, comme dans le P.-B. congénital et peut être encore davantage. Elle est tout indiquée dans les cas de grandes déformations, rencontrées chez de paralysés de plusieurs années déjà.

Ici la ténotomie ne donne rien : il faut aller corriger le squelette déformé et par les surfaces osseuses cruentées de l'intervention produire un véritable soudure ou ankylose osseuse dans les articulations ballantes et sans cohésions jusque là.

III. Mais entre les cas à peine marqués où la bottine orthopédique suffit et ces déformés qui sont du ressort à peu près exclusif de l'arthrodèse, il est une variété intermédiaire, peut être la plus nombreuse, pour lesquels le chirurgien possède un procédé mitoyen. Depuis quelques années en usage, il se recom.

mande autant par son peu de dangers que par ses excellents résultats : je veux parler de l'anastomose tendineuse.

C'est un chirurgien de l'école allemande, Nicoladoni, Prof. à l'Université de Gratz qui proposa, il y a quelques années ce nouveau procédé.

Voici ses propres termes : " essayer d'actionner le tendon " d'un muscle paralysé par un muscle resté sain. " Le premier il les réalisa et publia en 1882 dans les archives de chirurgie le résultat excellent d'une telle opération pour un talus paralytique, où il avait transplanté les péroniers sains sur le tendon d'Achille pour suppléer au triceps sural paralysé. Plusieurs mois après il présentait au congrès de chirurgie allemande son opéré qui pouvait alors étendre son pied et marcher.

Voilà donc l'idée : actionner le tendon périphérique d'un muscle paralysé par un muscle sain auquel il a été fixé par transplantation.

C'est surtout à la jambe où cette intervention est praticable et donne d'excellents résultats. En effet les 3 groupes paralysés sont les péroniers, le jambier antérieur et les extenseurs et le triceps sural.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Quelques chirurgiens veulent sectionner tout à fait les 2 sets de muscles, sains et paralysés, pour anastomoser l'extrémité périphérique du paralysé avec le tronçon central du sain, et vice-versa. Avec la majorité des chirurgiens, je préfère sectionner seulement le paralysé, puis ayant incisé longitudinalement le tendon sain y passer l'extrémité périphérique du paralysé et y fixer par des points d'arrêt.

Toutes les variétés de varus, valgus et talus ont été traités d'après ces principes opératoires, tel que je le constate dans la thèse de Vidal à la Faculté de Lyon en 1898, et comme le pré-

sente aussi Le Roy des Barres, élève de Jalaguier, dans sa thèse soutenue à Paris, il y a quelques mois à peine, tel que je l'ai vu faire à plus d'une clinique allemande.

En terminant, je rapporterai en abrégé les observations de deux cas personnels de pieds-bots paralytiques, ainsi traités.

I observation.—Chs. Aug. L., 16 ans, attaqué de la Po'io myélite à l'âge de 3 ans. Valgus du pied droit ;—varus ballant au pied gauche, toute la jambe gauche est atrophiée, os et muscles.

Vu la déformation osseuse à ce pied, je fais une arthrodèse typique. Au P. droit où je constate paralysie de jambier antérieur et de l'extens. du gros orteil, sans déformation osseuse, je fais la transplantation tendineuse, et anastomose l'extrémité périphérique de l'extenseur de l'orteil sur l'extenseur commun,—du jambier anter. sur le tendon d'Achille. Un plâtre immobilise en bonne position et tout guérit par première intention.

On an après l'opération voici le résultat tel que me l'écrit le malade.

Pied arthrodésé : solide et se maintenant très bien sans chaussures.

Pied à anastomose tendineuse ; moins douloureux qu'avant l'opération ; sans chaussure se maintient quasi droit.

Il résume lui-même ainsi : " marche plus droit, fatigue en-
" core mais moins qu'avant et les douleurs beaucoup moins in-
" tenses. Si le pied droit (à anastomose tendineuse) était plus
" solide, mon infirmité serait presque totalement disparue. "
Evidemment le pied arthrodésé est plus solide puisqu'il y a an-
kylose articulaire au tarse. Pour le droit, j'ai trouvé alors que
la lésion ne justifiait pas d'une intervention aussi radicale que
l'arthrodèse.

II observation.—Eugène R., 11 ans. Poliomyélite 9 ans auparavant. Talus par paralysie des péroniers. Anastomose d'un tendon péronier à l'extenseur commun et de l'autre au tendon d'Achille. Bon résultat ultime. Si ce pied ne vaut pas son congénère sain, il est bien amélioré.

D'un membre profondément lésé dans sa nutrition et son développement, il ne sera jamais possible de refaire un neuf parfaitement sain.

J'ai cru intéressant d'apporter cette contribution personnelle à la mise à point de cette question qui nous intéresse tout, tant médecins que chirurgiens.

Depuis ces deux interventions, il m'a fait plaisir de lire dans le Philadelphia Medical Journal de oct. 1901, le rapport de plusieurs cas ainsi traités par un confrère canadien de Toronto, le Dr Mackenzie.

Cette opération a été peu pratiquée que je sache au Canada. Les résultats encourageants que j'en ai vus en Allemagne et en France m'ont suggéré l'idée d'en plaider devant vous les avantages.

ANALYSES

DU TRAITEMENT EXTERNE DU PRURIT

Le prurit constitue le plus souvent un symptôme extrêmement pénible. Les moyens préconisés contre lui sont nombreux, mais sont loin d'être tous efficaces ; en outre, ceux qui méritent confiance doivent être employés d'une manière judicieuse pour donner des succès. Le Dr Leredde vient de mettre au point, dans le *Journal des Praticiens*, la question des *méthodes antiprurigineuses*, tant hygiéniques que thérapeutiques.

Tout d'abord il faut remonter à la cause du prurit. Celui-ci peut être de *cause externe* ou de *cause interne*.

Dans le premier cas il est lié de ce fait à une phthiriose, à la gale, etc. Des erreurs de diagnostic sont fréquentes ; la gale notamment peut passer inaperçue du médecin.

Le prurit de cause interne ne s'accompagne parfois d'aucune lésion cutanée, ou ne montre que des lésions dues au grattage par les ongles.

Tantôt il est disséminé, diffus ou généralisé ; on l'observe chez les intoxiqués (cocaïne, morphine), des dyspeptiques, des diabétiques, des goutteux, les femmes enceintes, des malades atteints de troubles nerveux variés : un type mal connu extrêmement redoutable et grave porte le nom de prurit sénile, et se développe à partir de 60 ans.

Tantôt il est localisé ; en particulier à l'anus, à la vulve, au scrotum ; ces formes limitées du prurit ont elles mêmes une étiologie complexe, et relèvent de causes locales (hémorroïdes, constipation dans le prurit de l'anus, métrite, vaginite dans le prurit vulvaire), mais s'observent surtout chez les malades dont la nutrition, l'état viscéral, l'état nerveux n'est pas physiologique.

Les prurits sans lésion cutanée, du moins sans lésion cutanée visible, peuvent se compliquer d'altérations secondaires de la peau dues à des inoculations : *folliculites, furoncles, imbetigo*

sous diverses formes. Pour Sabouraud la *lichénification* des téguments est due au streptocoque.

Sous ce nom la lichénification, on désigne une réaction anatomique des téguments, caractérisée, quand tous les symptômes sont réunis, par l'épaississement de la peau, l'augmentation de sa consistance, des altérations épidermiques, un prurit intense.

Enfin, le prurit d'origine interne est souvent associé à une dermatose, dont il constitue un des symptômes, urticaire, prurigo aigu, eczéma aigu : dermatose de Dühring, pemphigus foliacé, lichen plan, mycosis fongöïde.

Les saisons peuvent jouer un rôle dans l'apparition du prurit ; ainsi il existe une forme décrite sous le nom de prurit d'hiver.

S'il est nécessaire, pour arriver à un traitement rationnel, de rechercher l'origine du prurit en dehors de la peau, il s'agit cependant d'un trouble cutané et la thérapeutique locale joue un rôle considérable.

La thérapeutique chez tout prurigineux comporte en première ligne l'emploi de moyens hygiéniques. Ils éviteront de porter directement sur le corps de la flanelle, de la soie ou du coton.

La peau sera poudrée au talc, à l'amidon, au lycopode, etc. Dans les prurits aigus, dans l'urticaire et le prurigo aigu, *les poudres* ont une action bienfaisante indéniable et soulagent extrêmement le malade. Les applications sont faites deux fois au moins par vingt-quatre heures.

L'action des poudres est une action décongestionnante et rafraîchissante ; il est indiqué chez la plupart des prurigineux d'abaisser la température du tégument.

Cependant il est quelques cas, où, après expérience faite, il est prouvé que l'application de *grais*ses, d'huiles, d'axonge fraîche, de vaseline blonde amène une amélioration du prurit, alors que la poudre n'a pas réussi. Ces cas sont en première ligne des cas de prurigo chronique.

Dans les cas simples de prurits aigus et légers, le poudrage

de la peau, combiné aux lotions chaudes, additionnées ou non de médicaments actifs, suffit à la thérapeutique.

Les *colles* constituent un procédé indispensable dans la thérapeutique de certains prurits, et que tout médecin doit connaître. Elles protègent la peau contre les traumatismes extérieurs de tout ordre ; en même temps elles constituent un revêtement perméable, amènent la décongestion et le rafraîchissement superficiel.

Il existe un grand nombre de formules de colles ; en voici une employée par l'auteur :

Gélatine	}	à	1,500 grammes
Grenétine			
Glycérine	}	à	3,000 grammes
Eau			
Gomme arabique			160 grammes
Oxyde de zinc			500 grammes

Une colle de ce genre forme une masse blanche élastique qui fond à une température peu élevée. Pour l'appliquer, on la fait fondre au bain-marie, et quand elle est liquide, on badigeonne les surfaces prurigineuses. Elle forme en se refroidissant un enduit souple qui se moule sur la peau, la comprime légèrement. Pour augmenter l'adhérence on peut, au moment où l'on vient d'étendre la colle et où elle n'est pas tout à fait refroidie, appliquer une couche aussi mince que possible de ouate, qui fera corps avec la colle.

La colle de zinc s'enlève par le lavage avec de l'eau un peu chaude sans la moindre difficulté.

Les *emplâtres* comme les colles protègent la peau contre tous les irritants extérieurs, on ne devra les employer que sur des régions absolument sèches et avec surveillance.

La *toilette de la peau* chez les prurigineux exige des précautions spéciales. Les faits autorisent l'auteur de poser comme une règle générale la suppression du savon chez les prurigineux sauf dans les cas où on recherche un effet thérapeutique déterminé ; cette suppression est en particulier importante dans le prurit anal.

Mais comment peut-on nettoyer la peau chez les prurigineux. On se servira sur le corps et la face d'eau salée à 7 p. 1000. Pour nettoyer les mains, de vaseline, de pâtes d'amandes, de mie de pain. Les savons surgras permettent chez un certain nombre de malades de nettoyer la peau sans l'irriter.

Ceci nous amène à étudier une question des plus difficiles. Faut-il donner des bains aux prurigineux ? On peut établir quelques règles à ce sujet.

1° On ne donnera jamais aux prurigineux des bains irritants, tels que bains alcalins ou sulfureux.

Les bains d'amidon ou de son, mieux encore les bains de gélatine, sont les mieux tolérés de tous.

2° On ne donnera jamais de bains aux prurigineux chez lesquels on peut soupçonner, pour une raison ou une autre, des complications eczématisques possibles.

3° On ne donnera jamais de bains à des prurigineux qui présentent des lésions infectieuses aiguës secondaires de la peau (folliculites, impétigo.)

Les *lotions* sont un des moyens les plus fréquemment employés contre les prurits de tout ordre. La température de l'eau joue un rôle important ; il est de notion banale que *l'eau chaude* soulage, atténue le prurit ; certains malades supportent des températures extrêmement élevées, que ne pourraient tolérer des sujets dont la peau est normale. Les lotions chaudes peuvent être répétées plusieurs fois par jour sans inconvénient. A leur suite il est prudent de poudrer largement la peau.

L'eau est encore utile sous forme de *douches tièdes*. Les douches doivent être données au moyen d'une pomme d'arrosoir, à la température de 38° environ ; l'eau à cette température arrive sur la peau à une température plus basse de deux à trois degrés.

La durée de 2 à 3 minutes lors des premières séances est portée graduellement à 4, 5, 6 minutes. Il est souvent utile de donner deux douches par jour, l'une le matin, l'autre le soir. Les douches qui projettent sur la peau, sans la moindre percus-

sion, un mélange de vapeur d'eau à basse température et de pluie très fine, constituent un moyen de sédation remarquable et dont l'usage est loin d'être assez répandu.

Après la douche, la peau doit être séchée doucement, sans frotter, puis poudrée pour achever la dessiccation.

Les moyens indiqués jusqu'ici sont tous, on peut le dire, des moyens hygiéniques, qui modifient les conditions physiques dans lesquelles se trouvent la peau, sa circulation, l'humidité de sa surface, sa teneur en graisse. Nous allons maintenant étudier des moyens plus actifs, et qui sont de deux ordres : les uns chimiques, les autres physiques.

Les *agents chimiques* applicables sur les surfaces prurigineuse peuvent être divisés en deux groupes : les anesthésiques et les réducteurs.

A. *Agents anesthésiques.* Da plupart de ces agents émettent des vapeurs qui pénètrent aisément la peau et agissent sur les nerfs en état d'irritation.

L'*acide acétique* n'est guère employé en France que sous forme de lotions vinaigrés et de bains vinaigrés (un litre pour un bain de 250 litres)

L'*acide phénique* peut s'employer en lotions (1, 3, p. c.) en badigeonnages (solution alcoolique ou huileuse), en pommades et en pâtes à la dose de 1 à 2 p. c. Unna l'emploie en solution à 5 p. c. dans de l'esprit de savon de potasse, combinant ainsi un anesthésique à un réducteur.

L'*acide tartrique* est très employé en France, sous forme de glycérolé d'amidon à 1 p. 30.

Le *benjoin* est utilisé sous forme de teinture de benjoin, qu'on incorpore à des pommades (5 à 10 p. c.). Ce médicament forme le principe actif du *baume du Commandeur*.

Le *camphre* est un excellent antiprurigineux. On prescrit des lotions à l'huile camphrée (huile d'amandes douces, 10 gr., camphre 1 gr.) et des applications de pommades ou ce pâtes.

Lanoline	90	grammes
Huile camphrée	10	—
Hydrate de chloral	1	—

ou bien

Oxyde de zinc	} à 25 grammes.
Craie	
Huile camphrée	
Eau de chaux	

Le *chloral* peut être dissous dans l'eau, l'alcool, pour faire des lotions (1 p. c.) ; ou donné en pommade à 10 p. c.

Des lotions à l'eau *chloroformée* peuvent être employées lorsque la peau n'est pas irritable.

Quant à la *cocaine*, comme celle des substances qui n'émettent pas de vapeurs, son action sur la peau n'est pas démontrée. Il n'en est pas de même au niveau des orifices des muqueuses, des fissures et des excoriations de la peau. On l'emploie aux doses de 10 ou 20 p. c.

L'*acide cyanhydrique* en solution à 1 p. c. 10000, l'eau distillée d'amandes amères en mélange aqueux ou alcoolique peuvent fournir la base des lotions antiprurigineuses. Citons encore le *lysol*, l'*eucalytol*, le *thymol* (solutions aqueuses de 1, 2, p. c.) et pour finir deux agents importants : le menthol et le salicylate de méthyle.

Le *menthol* est le plus usuel de tous les anti-prurigineux. Il est prescrit sous toutes les formes possibles, en solutions alcooliques (1 — 3 — 6 p. c.), en pommades et en pâtes (1 p. c. en moyenne) et même sous forme de savons.

Le *salicylate de méthyle* a été employé par l'auteur. Il en a obtenu d'excellents résultats, plus marqués peut-être qu'avec d'autres antiseptiques, plus passagers peut-être. Le mode d'emploi a consisté en pâtes aux doses de 5 à 10 p. c.

B. *Agents réducteurs*.—Les anesthésiques que nous venons d'énumérer ont deux graves inconvénients : leur action est passagère ; et puis elle est souvent irritante et fréquemment les anesthésiques exaspèrent les lésions cutanées sur lesquelles on les applique.

Les réducteurs, au contraire, sont des agents curatifs du prurit dans un grand nombre de cas, aussi les anesthésiques ne trouvent que deux indications principales : 1° ils permettent de soulager le prurit lorsqu'ils sont appliqués sur des lésions non cu-

rables par les réducteurs ; 2° ils peuvent être associés aux réducteurs pour amener une anesthésie plus rapide.

Pour conclure, *en présence d'un prurit sans lésion visible, traiter la peau comme si elle était réellement lésée*, il n'est pas douteux d'ores et déjà que le prurit ne s'associe souvent à des lésions non apparentes. *En présence d'un prurit avec lésion, traiter la lésion, et ne pas s'inquiéter du prurit.*

Il y a d'abord toute la série des réducteurs faibles, l'ichtyol le thiol et le tuménol.

L'*ichtyol* peut être employé en solution aqueuse (on badigeonne la peau au moyen d'une solution à 10 p. c. et on laisse sécher) en solution alcoolique ou éthéro-alcoolique, en pâtes et en pommades etc. ; on peut l'incorporer aux colles. On prescrit l'ichtyol sous forme de glycérolé d'amidon à 5 ou 10 p. c. : dans ces conditions, l'action irritante est très faible.

Le *thiol* est un agent plus doux que le précédent ; on le prescrit en solution aqueuse (10 p. c.), alcoolique, en pommade, en pâte, en glycérolés etc.

De même pour le *tuménol* qui, par son action antiprurigineuse, indiqué par Neisser, est un agent de choix dans le traitement du prurit.

Les *goudrons* constituent des réducteurs plus énergiques que ceux que nous venons d'énumérer, un peu plus difficiles à manier et dont les contre-indications sont plus fréquentes. On ne les emploiera pas lorsqu'il existera un état d'infection aiguë de la peau, surtout si cette infection est d'origine folliculaire. Ils sont particulièrement précieux dans les lésions intertrigineuses, dans les inflammations des plis accompagnées de prurit, dans les eczémas persistants prurigineux. On les utilise fréquemment dans le traitement des lésions lichénifiées.

Les préparations de goudron que l'on peut employer sont innombrables, depuis l'*huile de cade* pure, en glycérolés, en pommades ; l'*huile de bouleau*, jusqu'au *goudron de houille* qu'on emploie sous forme de *coaltar sopaniné* pur, étendu d'eau ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{10}$) en lotions, en pansements ou en teinture éthéro-alcoolique. On peut associer le goudron au savon noir pour rendre le

pouvoir de pénétration plus élevé, par exemple dans la formule suivante, qui donne une préparation active :

Savon noir	5 grammes
Goudron purifié	10 grammes
Vaseline	35 grammes

La *résorcine* est un antiprurigineux remarquable. En lotions aqueuses ou alcooliques (2—5 p. c.), l'auteur l'a vue modifier et même guérir des prurits persistants étendus. On peut l'employer sous toutes les formes médicamenteuses, pommades, pâtes etc.

Il convient de citer encore le *sublimé* qui, à doses un peu élevées, agit comme réducteur et à une action antiprurigineuse très marquée. Les lotions aqueuses à la dose de 1 p. 1000, 1 p. 500, et 1 p. 250, sont employées d'une manière fréquente. Les lotions alcooliques semblent cependant préférables. On peut du reste se servir du sublimé en pommades, en pâtes, etc. (0.20 gr. p. c. en moyenne).

Le *naphтол* sous forme de pâtes et de pommades à 5 et 10 p. c. convient à des lésions limitées. On l'associe en général à d'autres agents, par exemple à la résorcine, aux goudrons, à l'*acide pyrogallique* et à la *chrysarobine*.

Ces deux derniers agents qui sont les réducteurs les plus puissants dont on se serve dans la pratique dermatologique courante, sont également des antiprurigineux. Ils ne peuvent convenir qu'au traitement d'accidents prurigineux limités.

A côté des agents réducteurs il faut placer la méthode exfoliante. Celle-ci, d'après l'auteur, pourrait rendre de grands services ; dans le lichen simplex notamment elle constituerait le procédé de choix.

Les *méthodes physiques* jouent depuis quelque temps dans le traitement du prurit un rôle considérable.

L'hydrothérapie tiède déjà mentionnée est indiquée dans les prurits aigus, où la peau n'est pas eczématisable, et dans un grand nombre de prurits chroniques. Les applications peuvent donc être extrêmement nombreuses. On peut la comparer en quelque sorte aux agents anesthésiques ; elle produit un soulagement

marqué, plus persistant que celui de ces agents, sans les dangers d'irritation de la peau qu'ils offrent, mais enfin l'effet curatif n'est souvent pas des plus marqués.

L'*électricité* au contraire, sous la forme d'électricité de haute fréquence en particulier, car les règles d'application de l'électricité statique devraient être extrêmement précisées, produits des effets curatifs et définitifs dans un grand nombre de cas.

Les séances d'*électricité statique* seront courtes, un quart en moyenne, et ne dépasseront pas une demi-heure. On emploiera soit le souffle électrique, soit le bain statique.

Depuis l'invention de la méthode de haute fréquence, l'électricité statique ne s'applique plus à tous les prurits; la *haute fréquence* l'a remplacée presque complètement dans le traitement des prurits limités. Cette dernière méthode donne des résultats extraordinaires dans le prurit de l'anus et le prurit vulvaire. Par contre, le bain, la douche statiques sont indiqués chez des malades atteints de prurits étendus, et qui présentent des troubles nerveux marqués, antérieurs au prurit ou consécutifs, de l'insomnie surtout.

D'une manière générale on peut affirmer que les indications de l'électrothérapie sont encore un peu vagues, et qu'on ne pourra prédire le succès au malade d'une manière un peu assurée.

Pour être complet, citons encore le *courant continu*, avec applications cathodiques sur la région malade, la *faradisation de la moëlle épinière*.

Les *scarifications linéaires*, la *galvano-cautérisation* sont utilisées dans des prurits très rebelles, très douloureux, surtout s'il existe de la lichénification invétérée, mais le Dr Leredde est d'avis que la *méthode exfoliante*, dont il est question dans l'article suivant, est préférable à ces moyens.

L. D.

TRAITEMENT DE L'ACNÉ POLYMORPHE

Pour combattre l'acné de la face, qui est une des affections cutanées à la fois les plus rebelles et les plus désagréables, il n'est pas de traitement plus recommandable que *la méthode dite exfoliante*.

Précisément, le Dr Leredde vient de consacrer une étude à cette méthode, qui consiste à une réaction inflammatoire du derme et du corps muqueux, inflammation aiguë, mais passagère, qui sera suivie d'une décongestion passagère ou durable. L'inflammation se caractérise par de la rougeur, du gonflement ; au bout de 24 ou 48 heures paraissent des squames épaisses, d'abord humides qui se dessèchent, puis tombent en quelques jours : c'est une véritable exfoliation.

Parmi les types de pâtes exfoliantes, citons les suivantes :

1 ^e Axonge benzoinée	28 grammes
Oxyde de zinc	10 grammes
Terre fossile	2 grammes
Résorcine	40 grammes.
2 ^e Vaseline	25 grammes
Savon noir	25 grammes
Souffre précipité	50 grammes
Naphtol B.	10 grammes.

Citons aussi une lotion qui a le même effet :

Teinture de savon de potasse à 1/5	40 grammes
Résorcine	10 grammes
Souffre précipité	10 grammes

Le Dr Leredde donne la préférence à la *pâte résorcinée*. On l'applique tous les huit jours sur la peau après un savonnage léger, ou un dégraissage à l'alcool ; on la laisse en place 15, 20 et 25 minutes suivant le cas, même 40 minutes. On ne doit arriver à faire une application aussi longue que peu à peu en augmentant chaque fois la durée de 5 minutes, par exemple. Il est nécessaire, dans les cas

rebelles, d'agir très profondément, et par suite de tâter la sensibilité de la région malade, pour tâcher d'avoir sans effets nuisibles le maximum d'effets utiles.

Ce traitement doit être—c'est là une difficulté—*appliqué et surveillé par le médecin* ; en effet, il est nécessaire de voir le malade assez souvent pour juger de l'effet produit, de l'intensité des réactions inflammatoires et de la possibilité d'augmenter la durée des applications sans danger pour la peau. L'exfoliation constitue donc de préférence un traitement d'hôpital ou d'institut.

Toutefois, la solution à la résorcine et au soufre ne nécessite pas la même surveillance de la part du médecin, que la pâte résorcinée ; on fait chaque soir un badigeonnage pendant trois jours de suite, en laissant sécher le mélange alcoolique sur la peau. Elle est moins active que les pâtes et doit être utilisée surtout dans les cas d'acné de moyenne intensité.

A noter encore que l'inflammation produite par les pâtes ou les lotions exfoliantes *doit être calmée*. On couvrira le point traité par une crème telle que la suivante :

Vaseline	}	ââ 10 grammes.
Lanoline		
Eau		

Si l'inflammation est très intense, mieux vaudra appliquer une pâte telle que celle-ci.

Lanoline	}	ââ 10 grammes.
Vaseline		
Oxyde de zinc		16 grammes.

Parmi les indications, la principale est, comme nous l'avons laissé entendre déjà, l'*acné polymorphe* : à cette cure, aucun mode de traitement de l'acné ne peut être comparé d'une manière générale. On voit souvent, après quelques applications, les lésions disparaître complètement, en ne laissant que des macules passagères. Chez les jeunes gens en particulier, l'acné a toutefois pendant des années une tendance à se reproduire. Mais il sera toujours possible de re-

prendre les applications exfoliantes de temps à autres ; on pourra les faire assez rares pour qu'elles ne gênent pas le patient.

Dans l'acné rosée, les résultats sont excellents. L'auteur a appliqué récemment la cure d'exfoliation au traitement des *lichénifications de la peau* : il a soigné régulièrement ainsi tous les cas de lichen simples, et dans tous les cas la guérison a été obtenue : l'exfoliation semble donc représenter un traitement héroïque de cette affection.

On obtient le même succès dans le *sycosis chronique*. Elle peut être utilisée dans le *lupus érythémateux fixe*, et enfin être employée pour la guérison souvent très difficile des *verrues planes*.

I. D.

LE LAVEMENT GÉLATINÉ DANS LES HÉMORRHAGIES INTESTINALES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par le Dr EDMOND VIDAL.

(Archives de Thérapie 15 février 1903)

L'auteur emploie une solution de gélatine à 10 pour cent en injection hypodermiques et en lavement pour arrêter les hémorragies intestinales au cours de la fièvre typhoïde. Il injecte en prenant toutes les précautions antiseptiques, 10 à 20 centimètres, concurremment avec un lavement de 250 grammes de la même solution.

La gélatine agit sur la masse sanguine en modifiant l'état dit de *dissolution* qui est la cause la plus fréquente des hémorragies typhoïdiques, en amenant une véritable transudation de la muqueuse.

Le lavement gélatiné n'agit donc pas localement, puisqu'il ne peut dépasser le cœcum et que le siège de prédilection des ulcérations des plaques de Peyer se trouve vers le tiers inférieur de l'intestin grêle.

E. L.

NOUVEAU TRAITEMENT DES CANCERS PAR LE SÉRUM ANTI-CELLULAIRE

Le Dr Welaeff, privat-docent, de l'Académie de Médecine de St-Petersbourg publie dans les Archives de Thérapeutique (15 février 1903) quelques observations très intéressantes sur des cancéreux reconnus comme tels par des médecins et chirurgiens de renom, et réputés inopérables par ceux-ci et qui ont été améliorés ou guéris par des injections de son sérum anti cellulaire.

Deux observations entre autres méritent d'être citées.

La première a trait à un malade qui a contracté la syphilis en 1870 ; il affirme qu'il s'est guéri complètement après un traitement méthodique. Il ne lui restait que des excoriations de la langue et une desquamation qui ne l'inquiétait guère. En 1883 il a présenté des phénomènes tertiaires des membres inférieurs de l'adénoopathie axillaire. Tout ceci a disparu sous l'effet du traitement. A peu près tous les 5 ans les mêmes phénomènes ont apparu.

En 1893, le malade a eu un hémoptysie, hémoptysie qui s'est répétée tous les ans, aux mêmes époques. pendant 5 ans.

En 1898, une petite tumeur a fait son apparition sur le côté gauche de la langue, tumeur qui est devenue de plus en plus rouge et sensible. On diagnostiqua une gomme, mais le traitement spécifique n'y fit rien.

En 1900 Brocq reconnut dans cette tumeur un épithélioma. Petit à petit le néoplasme a envahi la plus grande partie de la langue, s'est ulcéré en chou-fleur. La langue gonflée débordait les dents. Il y avait des ganglions douloureux sous les maxillaires et dans les aisselles. La douleur à la langue était très forte et le malade abusait des badigeonnages à la cocaïne pour la calmer. Il n'avait plus sommeil. Le 24 déc. 1900, la première injection a été faite à ce malade atteint de syphilis, de tuberculose *et de cancer* depuis un an. Il a reçu 10 centilitres, de sérum d'une oie immunisée pendant une année et voilà ce que le professeur Reyvier a constaté : " Immédiatement après l'injection,

congestion de la langue, de la tumeur, douleur très vive. Au bout de 48 heures, disparition définitive des douleurs.

“ Nous en sommes à la quatrième injection. Or le malade ne fait plus usage de cocaïne, et continue à ne plus souffrir. Ce que je n'aurais pu obtenir par un traitement de deux mois, je l'ai obtenu en 48 heures. Le malade dort toute la nuit, ce qu'il ne faisait pas depuis 6 mois. Il mange des aliments solides mêmes du pain. Il engraisse et se porte mieux. Il est dans la joie et l'étonnement, comme je le suis moi-même du résultat obtenu. Quant à la tumeur, elle n'a pas disparu, mais elle a diminué; sa langue est moins bosselée, plus belle d'aspect, sur certains points, il se fait un travail de cicatrisation, et sa langue ne frotte plus contre les dents. ”

L'amélioration dura tant que les injections furent données, c'est à dire jusqu'en juin 1901. alors que le malade déclara qu'il se sentait tout à fait rétabli. La langue était revenue à son état normal, les ulcérations étaient cicatrisées. L'appétit était parfait et l'état général excellent. Les injections avaient été répétées tous les 8, 10 ou 15 jours.

De juillet à novembre, le malade perdit ce qu'il avait gagné, les injections ayant été abandonnées. Le professeur Fournier le vit alors et affirma le diagnostic de cancer. Les injections furent reprises tous les 15 jours. L'amélioration ne se fit pas attendre. Le cas fut présenté à la société de chirurgie le 10 décembre. L'individu déclara se sentir beaucoup mieux; il mange et dort bien; il a augmenté de poids.

Il a reçu 54 injections en 26 mois.

Un autre observation se rapporte à une femme de 45 ans qui fut opérée en 1900 par le Dr Doyen; celui-ci constata un cancer généralisé: les ovaires, le péritoine, tout était envahi par la néoplasie. Le ventre fut refermé sans aucune intervention, autre que celle d'enlever 2 fragments de la tumeur pour l'examen histologique.

C'était au mois de mai. Le 12 Juillet le Prof. Richelot l'examina, fit les mêmes constatations, s'abstint de toute intervention, disant que la malade n'avait plus que quelques semaines.

nes à vivre. Son état général était alors déplorable, le ventre était ballonné considérablement. Le foie ne se trouvait qu'à une distance de 3 centimètres de l'ombilic, une fois la ponction qui donna un liquide trouble, sanguinolent, etc. Les ganglions abondaient aux aines. Il y avait beaucoup de douleur, peu ou pas de sommeil.

La première injection fut donnée le 16 juillet. Dès le lendemain, la malade a pu dormir. L'état général s'améliora d'une manière continue. Une autre ponction donna un liquide plus clair que le précédent. Au bout de 2 mois de traitement, la malade déc'arait qu'elle se portait à merveille; seul, l'ascite l'inquiétait.

La malade a reçu 52 piqûres en deux ans et demie. A l'heure actuelle elle vaque à ses occupations. Le foie a diminué beaucoup de volume. On ne peut sentir aucune masse ailleurs. Les ponctions qui devaient être continuées, à cause de la cirrhose du foie donnent de moins en moins et un liquide clair.

M. Richelot a présenté cette malade à la société de chirurgie, le 7 avril 1902.

L'examen histologique fait par le professeur Cornil montra qu'on était en présence d'un épithélioma cylindrique, typique, à marche rapide.

E. L.

CHIRURGIE D'URCENCE

L'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. Chercher le point de perforation et le suturer est une intervention qui, dans les cas de fièvre typhoïde compliquée de perforation intestinale, tend à recruter des adhérents de jour en jour plus nombreux.

Les chirurgiens sont unanimes; en présence de l'état désespéré des malades, les médecins n'hésitent plus guère. Que risquent-ils? Le malade est à peu près sûrement perdu et l'opération offre chance de le sauver. A la vérité, les statistiques au

premier coup d'œil ne semblent pas très encourageantes. MM. Boinet et Delenglade donnent 95 0/0 de décès. Platt donne des chiffres moins sombres : 16 guérisons sur 103, soit une mortalité de 85 0/0 (*The operative treatment of the intestine*, Lancet, 1899 p. 505). Il semble que la proportion des succès puisse encore être augmentée.

L'observation montre que même dans les cas désespérés, avec hypothermie complète, il est du devoir du chirurgien de tenter la laparotomie.

Les praticiens répondront : mal outillés comme nous le sommes, mal préparés à des interventions de cet ordre, mal secondés, comment ferons-nous pour entreprendre des opérations de ce genre ? Le malade succombe-t-il ? on dira que c'est nous qui l'avons tué.—Si les praticiens n'ont pas un petit hôpital à leur disposition ou qu'ils n'opèrent pas dans la clientèle aisée, il leur sera bien difficile de pratiquer des interventions aussi graves. Qu'ils se rappellent toutefois que les temps sont changés. La médecine progresse et se décentralise en même temps. Jadis, les interventions graves étaient l'apanage des chirurgiens de la grande ville, des professeurs. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Pourquoi cette différence ? Jadis les interventions d'urgence n'étaient pas répandues comme elles le sont depuis quinze ans. On opère et on sait qu'en peut sauver par l'opération des malades qui sans l'intervention chirurgicale, sont perdus. Une des conditions du succès est l'intervention rapide. Nous ne parlons bien entendu pas de l'appendicite : s'il y a eu abus chirurgical, c'est bien dans ce cas là. Quand il s'agit d'une perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, c'est autre chose ; le malade ne saurait être transporté à la ville : c'est trop loin. Pourvu que le milieu ne soit pas trop défavorable, il est du devoir du praticien de savoir intervenir tout de suite. A côté des trois ou quatre grandes opérations d'urgence : hernie étranglée, trachéotomie, trépanation de la mastoïde, empyème, qui étaient déjà du ressort du praticien, s'en joint aujourd'hui une nouvelle : la suture de l'intestin dans les perforations typhoïdiques. La technique n'est pas si malaisée qu'il semble. Il suffit d'avoir vu opérer. Nous espérons qu'aux prochains cours de vacances seront

organisées des leçons rapides de chirurgie d'urgence où le mode opératoire sera indiqué et mis à la portée de tous.



CLINIQUE DES HOPITAUX

PAR LE PROF. BUDIN

LA RÉTENTION DES MEMBRANES DANS L'ACCOUCHEMENT NORMAL.

Une jeune femme de 19 ans entre le 20 janvier dans le service. Sa grossesse s'est bien passée, sauf des vomissements graves qui ont apparu dans les débuts et laissé une grande faiblesse derrière eux. La position était une O. G. A. L'accouchement se fit normalement ; la délivrance s'opéra par extraction simple, mais des membranes restèrent dans la cavité utérine. Le troisième jour la température s'élevait légèrement ($37^{\circ},8$), en même temps que le pouls devenait rapide (120), ce double signe d'une légère élévation thermique unie à une grande fréquence du pouls indiqua, comme cela arrive dans tous les cas similaires, une infection qui commençait. Les lochies prirent de l'odeur ; transportée dans les salles d'isolement, on pratiqua le curage digital suivi de l'écouvillonnage. Un mieux immédiat s'ensuivit.

Une seconde femme était entrée le 28 janvier avec des membranes rompues depuis 3 jours. Elle avait été atteinte d'endométrite avant sa grossesse. A cette heure, l'orifice utérin était à peine entr'ouvert (1 cent. 172), l'enfant perdait son méconium. La mère avait de la fièvre (T. $38^{\circ},2$). Le lendemain, les douleurs restaient peu intenses et la fièvre avait augmenté (T. $38^{\circ},4$). M. Budin prescrivit, outre un lavage vaginal, un grand bain chaud et prolongé pour exciter les contractions utérines. Le 30 janvier, le col s'était dilaté et l'accouchement se fit normalement. Il était temps. Le thermomètre était monté à 39° et on eut beaucoup de peine à faire vivre l'enfant qui, après avoir eu de la cyanose et de la fièvre, tomba dans un état d'hypothermie fort inquiétant. Depuis il va tout à fait bien.

Seulement, ce n'est pas uniquement l'enfant qui eut à souffrir. Le placenta était sorti en totalité, mais les membranes décliquetées, friables, ne s'étaient pas détachées en totalité. Il ne restait dans l'utérus. Une injection de 8 litres de liquide (solution iodo-iodurée) fut faite. La température atteignait 39°,4. M. Bouchacourt, qui vint peu après l'accouchement, pratiqua un écouvillonnage suivi d'un grand lavage intra-utérin. Le 31 janvier, le thermomètre ne marquait plus que 36°,8. La malade guérit.

Ces heureux résultats ne sont pas toujours obtenus. M. Maygrier releva, en 1900, le nombre des accouchements opérés à la Maternité de la Charité en 27 mois. Il en comptait 1,939, et sur ce nombre 143 rétentions de membranes. Cette proportion qui monte à 7,32 0/0 est un peu élevée. Elle tient, dit M. Maygrier, au peu d'expérience des élèves qui se renouvellent chaque année et partagent tous la mauvaise habitude des débutants, qui est de trop vite tirer sur le cordon. Or, sur ce chiffre de 143 rétentions de membranes, 18 cas se montrèrent graves et deux femmes succombèrent.

C'est dire les précautions qu'il convient de prendre pour éviter semblable accident.

Quand une femme accouche, les membranes se rompant par leur partie inférieure, il est indispensable de se rendre compte si elles ont été expulsées dans leur totalité. A cet effet, le praticien examine l'arrière faix, le placenta en bas et les membranes relevées de chaque côté. Parfois il en manque ; une solution de continuité se découvre : c'est un accident ennuyeux mais qui ne tient pas toujours à la faute de l'accoucheur.

L'adhérence des membranes est un phénomène parfois normal. Lorsqu'une femme a eu des hémorragies pendant la grossesse, des caillots sanguins peuvent persister et séjourner au dehors des membranes. Ils irritent les tissus par leur présence, déterminent l'accolement des membranes. Même phénomène de soudure dans certains cas d'hypertrophie de la caduque avec vascularisation abondante, ou encore dans certaines endométrites anciennes. Autant de causes qui déterminent des adhérences.

Parfois ce n'est pas d'adhérences qu'il s'agit, mais d'une friabilité excessive des membranes. Le résultat est le même. Elles se déchirent ; une partie membranuse reste dans l'utérus, comme chez la seconde malade, où, par suite de la longueur de l'accouchement, une altération des membranes avait commencé à se produire.

Dans d'autres cas, la présence d'un cotylédon supplémentaire est en cause. La placenta se détache, entraîne les membranes, mais celles-ci se déchirent au niveau de l'insertion du cotylédon supplémentaire. Tarnier avait fourni le moyen de reconnaître une pareille lésion : on trouve sur les membranes la trace des vaisseaux qui se rendaient au cotylédon. Ce n'est pas là un moyen de diagnostic infailible. Dans un cas, M. Budin s'y est trompé. La trace des vaisseaux faisait défaut, parce que les membranes s'étaient détachées au niveau du bord même du placenta.

D'autres fois encore, c'est un caillot sanguin qui amène ces adhérences ; dans les cas d'avortement et de fœtus macérés, d'autres conditions encore entrent en jeu. M. Budin ne s'y arrête pas.

Faut-il ajouter maintenant que la méthode employée, pour pratiquer la délivrance, joue un rôle ? Pajot donnait à cet égard un conseil peut-être imprudent. Il faut tendre et attendre, disait-il. Non, il ne faut pas tendre, on risque de déchirer. Il faut attendre, ce qui vaut infiniment mieux. Quand le placenta sera tombé dans la cavité vaginale, alors on pourra intervenir en tenant le cordon d'une main et en appliquant l'autre sur le fond de l'organe. Avant d'être suffisamment détaché, on ne tirera pas non plus sur le placenta en le tordant et en lui imprimant des mouvements de rotation. Le procédé est aveugle, les membranes se déchirent, ne se détachent pas.

Une méthode d'expulsion placentaire était très employée, il y a quelques années, sous le nom de méthode d'expression utérine ou de Créde, indiquée déjà par Hardy et Maclintock (de Dublin). Elle n'a pas donné les résultats qu'on en attendait, et s'est accompagnée de chiffres assez considérables de rétentions

de membranes. Celles-ci étaient d'autant plus fréquentes, que l'expression avait été plus hâtive.

Ainsi, après 10 minutes, on constatait la rétention des membranes dans 1/100 des cas ; entre 5 et 10 minutes, ce chiffre atteignait 2/100 et au-dessous de 5 minutes, il montait à 8/100. Crédeé avait lui-même recommandé le procédé d'expression hâtive ; en France et en Allemagne même on en a bien vite reconnu les inconvénients.

Les accidents qui suivent la rétention des membranes sont de divers ordre. Parfois, il ne survient rien ; dans les cas heureux, sous l'influence de l'asepsie les effets graves sont évités. Au bout de quelques jours de rétention, des tranchées paraissent, un écoulement sanguin suit et les membranes se montrent à l'orifice vulvaire. En pareil cas, il faut savoir attendre. M. Maygrier a conseillé l'écouvillonnage immédiat après l'accouchement, dès qu'il est reconnu qu'il existe une rétention membraneuse. M. Budin préfère attendre les premiers signes d'infection, cette légère élévation thermique et cette accélération du pouls qu'avait présentée la seconde malade.

Les choses ne se passent pas aussi simplement : un écoulement lochial se produit, fétide, noirâtre, les femmes ont des frissonnements, de la fièvre, un pouls fréquent, de la dépression générale. L'orifice utérin ne se referme pas et reste perméable ; si l'on introduit le doigt, on découvre des parties flottantes dans le fond de l'organe.

L'infection peut se généraliser (lymphangites, phlébites, péritonites), se compliquer d'hémorragies, d'inflammation des annexes (salpingites).

Le traitement sera préventif et curatif. Préventif, il consistera à ne pas faire une délivrance trop rapide ; on procédera comme il a déjà été dit.

Le traitement curatif ne sera pas d'introduire la main et de décoller les membranes avec le doigt. On n'a pas de prise ; la surface est lisse ; 9 fois sur 10, on échoue a dit Tarnier. On rejettera les pinces comme aveugles et dangereuses. Elles risquent de perforer l'utérus. On n'emploiera pas davantage le procédé recommandé par Tarnier : un fil appliqué sur les membranes qui

pendent dans la cavité vaginale. On laisse ce fil en place 24 heures et on tire dessus le lendemain. Les membranes cèdent et se détachent. Ce fil, ainsi laissé en place, peut fort bien, avec les membranes, servir de drain infectieux. M. Maygrier a noté un cas de mort en pareil cas.

Kaltenbach conseille autre chose : enlever tout ce qui est dans la cavité vaginale, laisser le reste dans l'utérus et en faciliter l'expulsion par l'administration des trois doses successives de seigle ergoté. La pratique est bonne, sauf l'administration du seigle ergoté. La règle française doit toujours être suivie : ne pas donner de seigle tant qu'il reste quelque chose dans la cavité utérine.

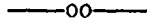
Si, les membranes étant enlevées de la cavité vaginale, il en reste dans l'utérus, il faut, après lavage vaginal soigneux, appliquer un tampon aseptique sur l'orifice vulvaire. On attendra ensuite. Les accidents infectieux se montrent-ils ? On interviendra tout de suite ; après nettoyage soigneux de la vulve et du vagin, on endort la malade ; une main est introduit dans l'utérus et l'on pratique le curage digital. Mais celui-ci ne suffit pas. Il doit être suivi d'un écouvillonnage.

On usera d'écouvillons fermes, résistants, trempés dans une solution de sublimé ; des mouvements de haut en bas, puis de rotation seront imprimés jusqu'à ce qu'il ne sorte plus rien. Un lavage fait suite, puis un nouvel écouvillonnage, l'instrument ayant été préalablement trempé dans une solution au 1/5 de glycérine créosotée. Tamponnement si une hémorragie fait suite.

Il est inutile souvent de saisir le col avec une pince ; l'écouvillon guidé sur le doigt peut pénétrer dans la cavité utérine et l'écouvillonnage peut être pratiqué sans que le col soit préalablement fixé.

Telle est la conduite à tenir dans les cas simples : il y a rétention des membranes, attendre et bien faire l'antisepsie. Dans la très grande majorité des cas, l'expulsion des membranes se fera spontanément et sans amener de complications. Si, au contraire, des accidents d'infections apparaissent, on aura immédiatement recours au nettoyage et à l'écouvillonnage.

Lorsque au moment de l'accouchement, il y a déjà de la fièvre et des phénomènes d'infection, on n'attendra pas : on aura de suite recours à ce que M. Budin a appelé *l'écouvillonnage prophylactique* qu'il pratique depuis 1895, et qui a été décrit dans la thèse du Dr Georghiu. C'est ce qu'il a fait dans sa seconde observation et qui a si bien réussi.



LE CÉPHALÉMATOME

Le céphalématome est une tumeur constituée par un épanchement de sang entre les os du crâne et leur périoste. C'est une affection assez rare, puisque sur un relevé de 2333 accouchements faits par Mr le Dr Maygrier, à l'Hopital de la Charité de Paris, la statistique n'a fourni que 30 cas. Cette tumeur a été confondue pendant longtemps avec les bosses séro-sanguines. Elle est fluctuante, siège sur l'un des pariétaux, plus rarement sur les 2, exceptionnellement sur l'occipital. Sa forme et son volume sont variables. La tumeur n'est parfois perceptible qu'au doigt ; d'autres fois elle détermine une déformation très apparente. La partie du pariétal atteinte c'est d'ordinaire la région postérieure. Au bout de quelques jours la tumeur s'entoure d'une sorte de cupule osseuse due à l'irritation du périoste qui sécrète de l'os nouveau, puis la fluctuation devient plus obscure et le liquide disparaît peu à peu au bout de quelques semaines. Parfois la durée n'est pas aussi longue et du jour au lendemain la tumeur peut se dissiper par une résorption brusque.

La maladie est sans danger, et guérit toujours excepté lorsque le céphalématome externe se complique d'un céphalématome interne, ce qui est rare. Dans ce dernier cas il existe un épanchement de sang entre les os et la dure-mère, des convulsions et du coma.

Le diagnostic se fera avec la bosse séro-sanguine et l'encéphalocèle. La bosse séro-sanguine se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané au niveau des pariétaux et de l'occipital ; elle déborde les sutures et les recouvre, ce que ne fait jamais le céphalématome, elle est la conséquence des accouchements longs et pénibles, ce qui n'existe pas toujours dans la tumeur sanguine sous-périostée. Elle se produit surtout lorsque les membranes sont rompues depuis longtemps ; sa coloration est rosée tandis que le céphalématome seul ne produit aucun changement de coloration à la peau. Le céphaléma-

tome donne en outre, au doigt une sensation de fluctuation nette et et non une sensation d'empatement et d'œdème comme celle de la bosse séro-sanguine.

Quant à l'encéphalocèle, c'est une tumeur qui fait saillie hors d'une suture ou d'une fontanelle. Elle est réductible et sa rentrée peut s'accompagner d'accidents cérébraux ou de convulsions.

Dès que le céphalématome est constitué il n'y a que 2 indications de traitement : 1° rassurer la famille ; 2° éviter une thérapeutique active. On protégera la tête avec une couche de ouate, de manière à empêcher les excoriations ou les meurtrissures de la poche. On interdira sévèrement toute tentative d'ouverture de la poche.

R. F.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS

Pendant le mois de janvier dernier, 1,303 cas de fièvre typhoïde ont été constatés officiellement dans la ville de Philadelphie, cette maladie semble prévaloir plus que jamais sur ce continent et revêt une forme décidément maligne. Ainsi à l'université Cornell, à Ithaca, N. Y. plusieurs étudiants sont mort dernièrement de cette maladie et il a fallu fermer les portes du collège.

La commission nommée par le gouvernement allemand pour étudier la question de l'hypnotisme comme agent thérapeutique vient de publier son rapport. Elle déclare cet agent incapable de produire des changements organiques chez un patient, ni guérir l'hystérie ou l'épilepsie. La suggestion seule peut-être utile dans certaines maladies nerveuses particulières, en combattant les symptômes. La commission se déclare fortement contre l'emploi de l'hypnotisme par ceux qui ne sont pas médecins. L'influence de l'hypnotisme semble diminuer en raison directe des connaissances que le public a maintenant acquises à ce sujet. Avec son "merveilleux" il a perdu son effet, même suggestif sur les masses. La commission conclut ainsi que l'hypnotisme est moins employé thérapeutiquement qu'autrefois.

Dans la ville de Paris seule, 30,000 personnes meurent de *tuberculose* chaque année.

“ *Health day* ”. Un nouveau bill vient d'être passé à la Législature de l'État d'Utah, E.-U, créant un jour par année (le 1er lundi d'octobre de chaque année) comme “ *Health day* ” (jour de santé). Ce jour là il devient obligatoire pour tous les propriétaires d'hôtels, maisons de pensions, “ flats ” etc, ainsi que pour les églises, théâtres, édifices publics de toute description, de faire une désinfection générale de l'établissement. Voilà qui est pratique et à imiter ailleurs.

L'opinion du Dr Lorenz au sujet des “nurses” américaines.

On demandait au fameux Lorenz, de Vienne, durant sa dernière et célèbre tournée en Amérique si une femme pouvait apprendre à faire ses opérations (de réduction des luxations congénitales). Le professeur secoua la tête et répondit positivement: “ Non, car la première capacité requise pour cela est une force physique—celle d'un homme—et que personne ne désire voir chez une femme. Une femme peut devenir un excellent diagnostiqueur, un praticien général éminent, mais jamais un chirurgien. Il lui faudrait pour cela renoncer justement aux qualités qu'elle doit avoir comme femme.

Que devrait-elle être alors, docteur, lui demanda-t-on.

Une garde-malade, s'écria-t-il.

Et laissez-moi ici féliciter la nation américaine à ce sujet. Jamais, avant de traverser les mers, et d'être venu en ce pays, ai-je su ce qu'une femme pouvait être en tant que garde-malade. En Autriche nos gardes-malades sont des femmes appartenant à toutes les classes de la société, mais surtout la plus basse. Elles n'ont peu ou point d'éducation. Mais ici en Amérique ce sont des *dames*, de véritables *dames* ! Jamais n'ai-je été aussi étonné. Elles portent la livrée de garde-malade, mais elles sont instruites, distinguées, de bonnes manières et charmantes. Jamais n'ai-je vu chose semblable. Vous êtes tellement en avant de nous dans ce que j'appellerai cette branche de la médecine que j'en suis

émerveillé pour votre compte. Vous voyez que j'apprécie ce que l'autre sexe peut et doit faire, mais qu'il n'essaie pas de faire la lutte avec nous en général comme *médecins*.

Il est question d'établir immédiatement à Manille, Capitale des Philippines, maintenant sous l'égide américaine, un immense hôpital (pour toutes nationalités et croyances) modelé sur le plan du " Boston Hospital " (de Boston, Mass, E. U.). L'évêque Brent, autrefois de Boston, maintenant à Manille, est à la tête du mouvement que le gouvernement national est appelé à subventionner.

C. V.

Agence Centrale

DE LA

PRESSE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE

93, Boulevard Saint-Germain, VI.

PARIS.

Comptes rendus analytiques pour Journaux.

CONGRES DE CHIRURGIE

Séance du 20 octobre 1902.

CHIRURGIE DE CŒUR. ÉTUDE EXPÉRIMENTALE.

M. F. VILLAR (de Bordeaux). — De ses recherches expérimentales sur la chirurgie du cœur, M. Villar tire les conclusions suivantes :

1° La suture des plaies du cœur devrait représenter le type des opérations d'urgence. Malheureusement elle ne peut pas être pratiquée d'une façon efficace par n'importe quel praticien.

2° Elle doit être exécutée très rapidement.

3° Elle exige une grande propreté.

3° Il est préférable de faire cette opération sous le sommeil anesthésique.

5° La voie abdomino-diaphragmatique permet d'aborder et d'explorer assez facilement le cœur : elle doit être moins grave que

la voie thoracique, car elle évite le pneumo-thorax. Mais elle offre un champ d'action bien plus limité : ses indications seront donc plus restreintes.

6° Le volet thoracique, comprenant les parties molles et le plan osseux, doit remplir les trois grandes conditions suivantes : 1° être d'une exécution prompte et facile ; 2° permettre de découvrir et de fermer la plaie cardiaque, quel que soit son siège ; 3° se rabattre facilement de façon à ne pas gêner l'opérateur.

Le volet à charnière verticale et externe de Fontan, agrandi par Manine, est celui qui remplit le mieux les conditions énoncées.

7° On devra tâcher d'éviter la plèvre lorsqu'elle est intacte. Si elle a été ouverte par l'agent vulnérant, il serait préférable de la nettoyer et de la suturer avant d'inciser le péricarde, tout en veillant sur l'hémorragie cardiaque.

8° Le meilleur moyen de fixer le cœur pendant la suture, c'est de le saisir avec la main gauche passée sous sa face postérieure.

9° L'aiguille fine de Reverdin nous a paru très commode pour pratiquer la suture. Elle ne doit pas traverser toute l'épaisseur de la paroi cardiaque, et les orifices d'entrée et de sortie seront à une certaine distance des bords de la plaie.

10° On peut se servir indistinctement de fil de soie ou de catgut.

11° Le surjet est préférable aux points séparés.

12° Dans les cas de plaies des oreillettes, la ligature doit remplacer la suture.

13° A moins de circonstances spéciales, il est préférable de ne drainer ni la plèvre, ni le péricarde.

14° D'après nos expériences, l'emploi du sérum artificiel ne paraît pas recommandable au cours de l'opération. En effet, l'injection sous-cutanée est illusoire ; quant à l'injection intra veineuse elle n'amène que peu ou pas de liquide dans le cœur gauche et offre le gros inconvénients de dilater outre mesure les cavités droites.

15° La trachéotomie et l'insufflation pulmonaire peuvent rendre de grands services au cours de l'intervention en luttant contre la rétraction pulmonaire. Cette insufflation favoriserait le passage du sang dans le ventricule gauche.

16° En présence d'un corps étranger implanté dans le cœur, on se comportera de deux façons différentes. S'il est petit, une ai-

guille par exemple, on pourra la retirer directement ou mieux, après incisions des parties molles et dégagement de l'instrument dans une certaine étendue avant la traction,

Mais s'il est d'un certain calibre, on ne devra procéder à son extraction qu'à ciel ouvert, après avoir taillé un volet thoracique. En effet, nos expériences ont confirmé ce principe, qu'il était facile de prévoir : tant que l'instrument est en place, pas d'hémorragie, que la plaie cardiaque soit pénétrante ou non ; dès que l'instrument est enlevé, il y a écoulement du sang.

17° Je ne rappelle que pour mémoire mes expériences sur la section de la valvule mitrale.

**Le "SANMETTO" dans l'hypertrophie de la prostate
accompagnée de cystite.**

Le Dr J. M. Minick, de Wichita, Kansas, Président du Conseil d'Hygiène de cet état, parlant de son expérience personnelle au sujet du "SANMETTO" dit : " Je n'explique pas l'action du Sanmetto par aucun autre motif (ou dans le but de réclame) que parce que je le crois réellement une providence pour les malades, souffrant d'hypertrophie prostatique compliquée de cystite chronique, avec ténésie vésical prononcé, surtout la nuit.

**Le "SANMETTO" dans l'hypertrophie prostatique avec complications
vésicales**

J'ai attendu pour exprimer une opinion qu'un cas se présente à moi dans lequel je puisse faire un essai critique du "SANMETTO." Finalement un cas d'hypertrophie prostatique avec complications vésicales sérieuses s'est présenté à moi, pour lequel j'ai été à même d'employer ce remède, et le résultat a été que médecin comme malade ont été pleinement satisfaits des résultats. A l'avenir le SANMETTO prendra place dans ma pharmacie pour le traitement de cas semblables.

J. NEWTON SMITH, M. D.

Barton, Floride.