

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



NOVEMBRE 1910

SOMMAIRE

- 97.—Hématuries de la grossesse.
101.—Revue de chirurgie : Plaies de la main.—Prof. Reclus.
110.—Nouveau traitement de la syphilis.—Dr H. Bouquet.
116.—Notes de pratique chirurgicale : La gangrène sénile.—
Dr Arthur Simard.
120.—L'examen des urines dans la pratique journalière.—
Dr A. Vallée.
123.—Traitement de la broncho-pneumonie.
124.—Comment traiter les vomissements.—M. LeGendre.
130.—Différentes méthodes de traitement des ulcères de jambe.—
Dr Galand.
133.—Ce qu'on trouve dans les vieux bouquins.—Dr Albarel.
137.—Né coiffé.—Dr Bremond.
138.—Les clients instables.
140.—Bibliographie.

FURONCLES, ANTHRAX,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation, etc. LA

LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris
est le seul vrai produit de ce nom
derivé de la LEVURE DE BIERE
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPETENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHENIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anatomo-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

REVUE DES JOURNAUX

LES HÉMATURIES DE LA GROSSESSE

Les hématuries qui surviennent au cours de la grossesse peuvent, dit le Dr Grosse (1), se diviser en deux catégories :

1° *Les hématuries se produisant pendant la grossesse*, et qui sont dues à des facteurs étiologiques divers, sans relation directe avec la grossesse, qui n'est qu'une coïncidence ou constitue simplement une condition aggravante, par l'action congestive qu'elle détermine sur l'appareil génito-urinaire ;

2° *Les hématuries de la grossesse*, dans lesquelles la perte de sang qui se fait par les voies urinaires est sous la dépendance de l'état gravide qui en est la cause unique. Ces dernières seules méritent le nom d'hématuries de la grossesse.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître à quelle catégorie d'hématuries on a affaire. C'est ce qui a lieu, par exemple, dans la tuberculose latente du rein, dans le cas d'hémophilie, etc.

Les signes de l'hématurie survenant pendant la grossesse ne diffèrent pas de ce qu'ils sont en dehors d'elle. Le diagnostic d'hématurie s'impose de lui-même et l'on arrive facilement, en

(1) *Revue mensuelle de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1910.

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro-Enzymes)
Iodure sans Iodisme

Todurase

de COUTURIEUX,
57, Ave. d'Antin, Paris.
en capsules dosées à 50 ctg. d'Io-
dure et 10 ctg. de Levurine.

général, par les rares moyens d'examen habituels, à reconnaître la source de l'hémorrhagie: rein ou vessie.

Il est plus difficile d'affirmer que cette hématurie est purement gravidique; cependant, elle présente quelques caractères particuliers, qui permettent de la reconnaître. Elle est apparue, à l'occasion de la grossesse, chez une femme en bonne santé jusque-là. Elle peut survenir à toute époque de la gestation, dès le début de la grossesse; mais en général, elle se montre à partir du quatrième mois et est surtout fréquente à partir du sixième mois. Son abondance est variable, elle peut persister pendant plusieurs jours, se renouveler pendant plusieurs mois, avec ou sans intermittences. Un de ses caractères bien particuliers, c'est de cesser avec la grossesse, l'écoulement du sang s'arrêtant, soit sitôt l'accouchement soit dans les jours qui suivent; cependant, dans un cas cité par Guyon, l'hématurie aurait été en rapport avec l'allaitement.

Lorsque la femme a eu précédemment d'autres hématuries, on remarquera, si celles-ci sont bien d'origine gravidique, qu'elles se sont produites exclusivement au cours des grossesses antérieures, disparaissant complètement dans leur intervalle.

L'examen clinique de la maladie, le cathétérisme des uretères, la cystoscopie, l'examen chimique et bactériologique des urines ne donnent que des signes négatifs. Les organes urinaires paraissent normaux, dans un état d'intégrité absolue. Pour la vessie, le cystoscope, après avoir montré qu'il ne s'agit ni d'un néoplasme, ni d'une cystite de cause banale, ni de lithiase, permet le plus souvent de constater l'existence de grosses veines variqueuses, dont la déchirure, par rupture brusque ou par ulcération lente de la muqueuse à ce niveau, a été le point de départ de l'hémorrhagie.

Les hématuries gravidiques surviennent donc sans lésions pathologiques des voies urinaires.. Comment, dès lors, peuvent-elles se produire, quelle est leur *pathogénie*?

Pour la vessie, on pouvait constater, chirurgicalement ou

par la cystoscopie, l'existence de varices pariétales, dont l'ouverture est l'origine de l'hématurie. Il est permis de supposer que ces varices se sont développés sous l'influence de la grossesse, comme les varices de la région vulvo-vaginale et les hémorrhoïdes, si fréquentes chez la femme enceinte.

On conçoit facilement que sous une influence quelconque : exagération des phénomènes congestifs, traumatisme, effort violent, ces vaisseaux, gonflés à éclater, puissent se rompre ou que, ouverts grâce à une ulcération, une éraillure de la muqueuse vésicale, ils donnent lieu à des hématuries abondantes et répétées. En fin de compte, dans ces cas, c'est donc l'état congestif de la vessie, développé à la faveur de la grossesse, qui est la cause initiale de l'hématurie. La congestion elle-même est souvent favorisée par un certain degré de rétention urinaire qui existe fréquemment, de façon plus ou moins passagère pendant la grossesse.

La pathogénie des hématuries rénales est d'une explication moins facile ; d'après M. Guyon, la raison essentielle de l'hématurie serait la congestion passive du rein déterminée par la compression exercée par l'utérus gravide sur les vaisseaux volumineux de l'abdomen. A cette première cause de congestion rénale par gêne circulatoire, il faut ajouter la rétention rénale par compression des uretères. Dans la seconde moitié de la grossesse, les uretères sont toujours plus ou moins comprimés par l'utérus gravide, d'où difficulté à l'écoulement de l'urine dans la vessie et, parfois, un certain degré de stase urinaire au niveau du rein, avec congestion secondaire de l'organe.

Guyon et Albarran croient qu'en dehors de l'influence de la congestion, il y a lieu de tenir compte de la toxémie gravidique, surtout dans les cas d'hématurie rénale précoce, se produisant dans les premiers mois de la grossesse, à une époque où la compression exercée par l'utérus gravide sur les uretères et les vaisseaux abdominaux est trop minime pour amener la congestion passive du rein ou des phénomènes de rétention rénale.

Le *pronostic* des hématuries gravidiques est le plus souvent bénin; cependant, par leur répétition, leur abondance, les hémorrhagies peuvent occasionner un état d'anémie grave de la femme. L'interruption prématurée de la grossesse peut alors en être la conséquence, soit que l'accouchement prématuré se fasse spontanément, soit qu'on ait cru nécessaire de le provoquer, pour mettre un terme aux hématuries.

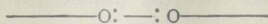
Le *traitement* des hématuries comporte, d'après M. Grosse, des indications variables suivant que l'hématurie est d'origine rénale ou vésicale.

Hématurie rénale.—Lorsque l'hématurie est légère, la mise au repos de la malade, un régime sévère, l'application de ventouses sèches ou scarifiées sur la région lombaire, dans le but de décongestionner le rein, permettent, en général, d'enrayer de façon suffisante l'hématurie pour laisser continuer la grossesse. Il semble qu'il serait possible de tenter de supprimer les phénomènes cognescitifs en pratiquant la décapsulation rénale, qui aurait l'avantage d'arrêter l'hématurie en laissant continuer la grossesse. Dans les cas très graves, véritablement menaçants pour la vie de la femme, on aura recours à l'accouchement ou à l'avortement provoqués; mais c'est là, heureusement, une éventualité rare.

Hématurie vésicale.—Dans les cas bénins, on se contente de maintenir la malade au lit; au besoin, on combattra l'hémorrhagie par des lavages vésicaux à l'eau chaude, des instillations d'adrénaline, de nitrate d'argent. La sonde à demeure, l'aspiration des caillots qui obstruent la sonde et distendent la vessie, suffisent souvent, en amenant la rétraction des parois vésicales, à arrêter l'hémorrhagie.

Si ces moyens échouent ou que l'état d'anémie prononcée de la femme exige d'arrêter sans retard l'hémorrhagie, on n'hésitera pas, plutôt que d'interrompre la grossesse et à l'exemple de Proust, à pratiquer la taille hypogastrique qui permettra au chirurgien de reconnaître *de visu* la source de l'hémorrhagie et d'y parer

en liant ou pinçant le vaisseau ouvert, en suturant au catgut la petite plaie de la muqueuse.



LA TEINTURE D'IODE ET LES PLAIES DE LA MAIN DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par le Professeur RECLUS (Hôtel-Dieu)

Les plaies de la main constituent un des chapitres les plus importants des accidents du travail. Elles ne sauraient trop préoccuper le chirurgien, et tout ce qui concerne leur traitement doit être étudié avec la plus grande attention. Or, à notre avis, l'emploi systématique de la teinture d'iode vient de révolutionner ce traitement : il nous a donné des résultats tels que nous considérons comme un devoir de les proclamer, pour qu'on ne trouve plus une salle de consultation externe, un dispensaire, un hôpital, une gare de chemin de fer où, à toute heure, on ne soit en mesure de l'appliquer rigoureusement.

Mais avant d'en donner la technique, il est nécessaire de reprendre de plus haut la question de la main : L'accident vient d'avoir lieu, et le chirurgien, immédiatement appelé, constate un écrasement des doigts ; les os ont été fracturés et les tendons rompus. Faut-il régulariser le foyer traumatique, trancher dans le vif ou s'abstenir de toute intervention ? Avant l'ère antiseptique, on n'hésitait pas : comme la suppuration et la gangrène allaient être la proie certaine des tissus broyés, il fallait lutter de vitesse et retrancher ce nid d'infection avant l'invasion de complications

redoutables: phlegmons diffus, lymphangite, phlébite, érysipèle, hémorrhagies secondaires, infection purulente, pourriture d'hôpital et tétanos. Certes, on n'était pas sûr de réussir, mais, en opérant, on mettait du côté du blessé un plus grand nombre de chances de salut.

Avec l'antisepsie, on devint plus conservateur, et il y a une trentaine d'années, plusieurs chirurgiens, entre autres Verneuil, Trélat et Polaillon, sous le drapeau desquels nous nous rangeâmes, préconisèrent l'abstention: sous le couvert des pansements nouveaux, ne pouvait-on pas désinfecter la plaie, empêcher l'inoculation des tissus et éviter au blessé, déjà "choqué" par le traumatisme accidentel, un traumatisme opératoire qui ne peut qu'affaiblir la résistance de l'organisme? D'autant que la nature est en général plus économe que nous dans ses moyens d'exérèse; elle sait souvent guérir en sacrifiant moins de tissus, et c'est alors tout bénéfice. Les pansements de Lister, les enveloppements ouatés compressifs de Guérin, l'alcool, les injections froides ou chaudes, les pulvérisations, tout récemment la balnéation dans l'eau oxygénée, correspondent à cette tendance, et la plupart de nos collègues ont encore recours à cette pratique.

Nous l'avons longtemps défendue; mais, depuis une dizaine d'années, de fréquents examens des accidents du travail nous prouvèrent que cette conservation à outrance n'est pas sans inconvénients: d'abord nos méthodes antiseptiques ne sont pas toujours suffisantes: sur les mains rugueuses et talées de nos ouvriers, sous le cambouis et sous la crasse s'accumulent et prolifèrent tous les germes: trop souvent les inflammations s'allument et si l'infection purulente et la phlébite, si la pourriture d'hôpital ont disparu, les phlegmons des gaines sont encore trop souvent observés. Et puis, lorsqu'on a franchi heureusement tous les obstacles, on s'aperçoit que ces doigts dont on n'a obtenu la cicatrisation qu'au bout de semaines et de mois, sont non pas utiles, mais nuisibles: leurs jointures enraidies, leurs tendons rompus les

immobilisent en position vicieuse; dans l'extension, ils accrochent les machines qui les happent à nouveau, et dans la flexion ils encombrant la paume de la main et s'opposent à la préhension normale des divers outils exigés par la profession.

Aussi suis-je arrivé depuis longtemps à cette conclusion que si chez les oisifs, plus préoccupés de la forme que de la fonction, on peut sacrifier à l'esthétique et conserver un doigt inutile, ou même encombrant, chez les ouvriers, il n'en est plus ainsi et dans les cas où une grande partie du tégument est détruite, lorsque les phalanges sont fracturées et les articulations ouvertes, lorsque les tendons sont déchirés, effilochés, lorsque, par conséquent, les doigts seront fatalement immobilisés en position vicieuse, en flexion ou en extension, par les rétractions cicatricielles, les cals vicieux, les arthrites ankylosantes, lorsque, par surcroît, des inflammations diffuses risquent de se propager dans la bouillie sanglante des tissus broyés, le chirurgien sagace n'hésitera pas, il prendra ciseaux et bistouri, il nettoiera le champ traumatisé, sectionnera, rognera, égalisera; la cicatrisation sera plus rapide, le moignon plus régulier, il s'évitera aussi l'humiliation de finir par amputer un doigt que pendant de longues semaines il s'était ingénié à conserver.

Cependant cette règle applicable aux quatre doigts cesse d'être vraie pour le pouce, et les plus interventionnistes des chirurgiens disent que toujours—autant que le mot toujours est acceptable en clinique—toujours il faut respecter du pouce tout ce que l'on peut en conserver; le moindre moignon en est bon, ne fût-ce que trois, deux, un centimètre érigé au-dessus du premier métacarpien. Ce promontoire, même immobile, pourra servir à la préhension s'il ne va pas vers les autres doigts, les autres doigts sauront aller vers lui, et ébaucher la pince d'écrevisse, saisir les objets meuns, ce qui constitue une des fonctions les plus utiles de la main. Je n'insiste pas sur ces considérations par trop évidentes, et, dans de précédentes cliniques, j'ai publié des observations qui

montrent les services que ces pouces mutilés peuvent encore rendre à leurs possesseurs.

Ce point de thérapeutique est acquis; on respectera le moindre moignon de pouce, mais on ne craindra pas de supprimer les portions des autres doigts, perdues pour la fonction et qui, après des mois de soins inutiles, devaient être définitivement amputées. Nous avons insisté ailleurs sur cette doctrine et nous n'y reviendrons pas, car je voudrais vous parler d'un autre progrès dans le traitement des plaies de la main, progrès grâce auquel nous ne voyons plus qu'exceptionnellement les inflammations aiguës ou chroniques envahir les mains déchirées, détruire les téguments, ankyloser les jointures, immobiliser les tendons dans leurs gaines épaissies. Je veux parler de l'emploi systématique de la teinture d'iode, cet antiseptique merveilleux que Boinet proposait, il y a plus de soixante ans. Nos maîtres directs, Léon Labbé entre autres, en usèrent abondamment et proclamèrent ses succès. Mais son heure n'avait pas encore sonné; et c'est depuis la guerre russo-japonaise qu'elle a fait son entrée triomphale dans la chirurgie d'urgence, où actuellement elle nous paraît sans rivale.

Ce mode de pansement est aussi simple qu'efficace: il peut être appliqué sur tous les tissus blessés et sur tous les organes; mais nous ne nous occuperons ici que des plaies de la main. Vous savez les difficultés presque insurmontables que nous éprouvions pour en aseptiser les téguments couverts de cambouis, de substances grasses sous lesquelles s'accumulent les germes pyogènes. Il faut, pendant des demi-heures et même des heures, les laver, les savonner, les broser avec de l'éther, de l'alcool, de la benzine, du pétrole; or, au cours de ces manœuvres, les germes de la peau, entraînés par le liquide dont on inonde la plaie, pénètrent dans le foyer traumatique qu'ils inoculent, gagnent de proche en proche non seulement grâce aux déchirures des téguments, mais par les gaines tendineuses, voie d'infection largement ouverte, et qui font des solutions de continuité des doigts les blessures les plus dangereuses.

Combien plus simple est l'emploi de la teinture d'iode. Dès que la plaie contuse vous est soumise, immédiatement après l'accident si possible, vous badigeonnerez avec un pinceau aseptique trempé dans de la teinture d'iode fraîchement préparée, les téguments qui entourent la plaie et la plaie elle-même. Ne craignez pas de passer plusieurs fois le pinceau sur les mêmes points; ne craignez pas de le faire pénétrer dans les moindres anfractuosités du foyer traumatique; ne craignez pas de provoquer des douleurs trop aiguës. Au début de nos essais, nous n'osions jamais empiéter sur les chairs dénudées; maintenant nous y allons sans discrétion aucune et nous ne nous émerveillons plus de voir combien les plus pusillanimes et les plus sensibles supportent facilement les applications; les uns les sentent à peine; d'autres disent que "ça pique" ou que "ça cuit"; mais aucun ne se refuse au traitement.

Il faut laisser sécher à l'air la teinture d'iode; l'alcool s'évapore, laissant sur les tissus une couche brune; on recouvre la plaie d'un chiffonné de gaze aseptique, d'une lame d'ouate hydrophile; on maintient ce pansement simple par un tour de bande. On y regarde le lendemain et l'on badigeonne à nouveau, et dans les mêmes conditions, le champ opératoire, puis le surlendemain. Ensuite, on applique plus le topique que tous les deux, trois ou quatre jours, les sécrétions de la plaie étant devenues presque nulles. On pourrait penser que ces badigeonnages multipliés vont vésiquer la peau, soulever l'épiderme et mettre à nu les papilles douloureuses; il n'en est rien. Cependant quelquefois, au bout de huit à dix jours, des masses stratifiées de cellules cornées se soulèvent et, entre elles et les papilles, stagnent des sérosités qui pourraient s'infecter. On arrachera ces "peaux mortes" pour que les téguments soient toujours en contact direct avec la teinture.

La teinture d'iode doit attaquer et peut-être même détruire les cellules jeunes qui tâchent à réparer la plaie, et de fait, il nous semble que la cicatrisation des tissus est lente. Mais avec quelle sécurité elle s'opère! il n'y a pas d'inflammation, pas d'œdème, et

à quelques millimètres du liseré cicatriciel, les téguments sont souples et normaux. Plus de "doigts gros", plus de "mains en battoir". La peau environnante, altérée par la rétraction du tissu cicatriciel, glisse, se laisse étirer et recouvre enfin la perte de substance. L'excellence du topique nous paraît résider dans sa puissance de pénétration: au bout de sept minutes d'application, nous disent les expérimentateurs, il a déjà influencé les couches profondes du derme; il tue à distance les germes qui, d'ailleurs, auraient les plus grandes difficultés à pulluler et même à vivre dans la peau déshydratée. Telle est, du moins, l'explication que nous nous donnons; nous ignorons si elle est juste, mais ce que nous savons, c'est que la plaie demeure sèche et que les phénomènes de réaction restent circonscrits.

Depuis plus d'un an nous avons systématiquement recours à la teinture d'iode pour toutes les plaies opératoires ou accidentelles de toutes les régions, pour toutes les pertes de substance enflammée, pour les ulcères et même pour les brûlures, nos observations d'écrasements des doigts chez les accidents du travail ont été nombreuses, et je désire en résumer quelques-unes devant vous pour vous prouver l'excellence du traitement. Le 11 décembre, un estampeur de 69 ans a la main droite contusionnée par la chute d'un marteau; la phalangette du médius et celle de l'index sont écrasées et deux coupures profondes se voient sur la face palmaire et la face dorsale. Application de teinture d'iode sur la main tout entière y compris, bien entendu, les foyers traumatisés des doigts dont la bouillie sanglante est imbibée par la substance antiseptique; le badigeonnage est répété d'abord tous les jours, puis tous les deux jours. Il n'y a pas de suppuration. En moins d'un mois les plaies de la main et de l'index sont cicatrisées.

Celle du médius ne l'est pas: elle ne le fut qu'en mars, juste au bout de trois mois révolus. Et ceci par notre faute: nous ne voulûmes pas régulariser la plaie, enlever les esquilles, dont la

plupart s'éliminèrent spontanément; cependant il en restait une, plus volumineuse, qui restait au milieu des tissus racornis sans provoquer de réaction; nous la sculptons pour ainsi dire, et, par un point de suture, nous réunissons les lèvres de la plaie. La réunion se fait et le 10 mars, juste au bout de trois mois, le blessé, qui n'avait pas voulu être hospitalisé, ne revenait plus à la visite. Trois mois de traitement, c'est quelque chose, mais cette observation n'en reste pas moins démonstrative: d'abord parce qu'une régularisation du médius aurait pu abréger le traitement de deux mois. Et puis, et surtout, nous n'avons eu à aucun moment menaces d'inflammation, pas de lymphangite, pas de phlegmon des gaines, pas d'arthrite, pas même d'œdème et déjà, dès les premiers jours, bien avant la cicatrisation, le blessé assouplissait sa main par des exercices réguliers et la mobilisation de ses jointures.

La cicatrisation fut lente aussi chez un menuisier, dont la main droite avait été prise par une raboteuse mécanique; elle avait fait, à la paume de la main, une longue coupure, et sur le dos une déchirure circulaire large de plus de deux centimètres qui circonscrivait un lambeau cutané contus et décollé, mais tenant encore aux tissus profonds par quelques tractus fibreux; lorsqu'on en soulevait les bords on voyait, au-dessous, les tendons intacts. Dès l'arrivée du blessé, badigeonnage à la teinture d'iode, qui provoque à peine une légère cuisson. Il n'y a pas de suppuration, pas de suintement séro-sanguinolent; peu à peu, la peau séparée de ses centres nourriciers se sphacèle; elle tombe et laisse une surface cruentée de huit centimètres de hauteur et de cinq de large, qui se recouvre de bourgeons charnus et cicatrise peu à peu. Mais ici, comme dans l'observation précédente, il n'y a ni œdème de voisinage, ni pus.

Un mois s'est passé et ici s'intercale un épisode d'importance; notre menuisier était un accidenté du travail qui, pour le paiement de son demi-salaire, se rendit auprès du médecin de la Compagnie. Celui-ci critiqua fort les applications de teinture d'iode

et dirigea le blessé vers son dispensaire où il substitua, à notre topique, la balnéation oxygénée chaude: le résultat ne se fit pas attendre: les bourgeons charnus s'affaissèrent, devinrent blafards et suppurants, les bords de l'ulcération se tuméfièrent, l'œdème inflammatoire gagna la partie voisine, infiltra jusqu'au-dessus du poignet le tissu cellulaire; la cicatrisation s'arrêta. Et lorsque, au bout de vingt jours, notre accidenté nous revint, la situation paraissait compromise. Heureusement que, dès le premier badiageonnage toute trace de phlogose disparut et au bout d'un mois, trois mois en tout, la cicatrisation était complète. La main souple pouvait reprendre le travail.

Je ne vous résumerai pas les vingt autres observations que nous avons recueillies. Mais je puis vous dire, en bloc, que chez aucune d'elles nous n'avons constaté l'apparition de ces inflammations de voisinage qui, lorsqu'elles gagnent les gaines tendineuses, provoquent ces phlegmons diffus dont le développement est si dangereux pour les fonctions de la main. Or ils sont loin d'être rares, même depuis l'antisepsie, même depuis l'emploi de l'eau oxygénée. Chez aucun de nos blessés nous n'avons vu une suppuration durable s'établir; les lésions sont restées bornées au foyer traumatique et les œdèmes chroniques, les enraidissements des jointures, les adhérences, les gaines tendineuses ont toujours été invitées. Les résultats que nous avons obtenus, sont donc infiniment supérieurs à ceux que nous avons enregistrés jusqu'alors. Jamais nous n'avons vu ni chez nous, ni dans aucun autre service, une série aussi heureuse.

Les guérisons sont lentes; mais le sont-elles moins qu'avec les autres traitements? La teinture d'iode est loin d'activer les phénomènes réparateurs; elle doit plutôt retarder la prolifération des éléments anatomiques et peut-être même attaquer le protoplasme de nombre d'entre eux. Mais elle protège les tissus contre la pullulation et la migration des germes et de ce fait seul, le blessé gagne bien plus qu'il ne perd par ailleurs. Quelle différence

entre ces doigts secs, sans œdème, souples, indolores et que l'on fléchit, étend et meut sans souffrance après l'emploi de la teinture d'iode, et ces mêmes doigts infiltrés, gros, informes, rigides, qu'on ne peut mobiliser sans arracher des cris au blessé, lorsqu'on a eu recours aux meilleurs pansements humides. Dans le premier cas, cicatrisation égale, reprise du travail pour peu que l'ouvrier s'y prête; dans le second, lorsque la plaie est fermée, il reste encore le plus dur de la besogne, masser et électriser de longs mois pour rétablir la fonction.

Mais l'excellence de ce pansement ne nous dispense pas d'obéir aux règles que nous établissions au commencement de cet entretien, la nécessité de la régularisation de la plaie et dans les observations que nous venons de recueillir, plusieurs nous auraient donné des succès plus rapides si on avait su faire, en temps opportun, le sacrifice nécessaire. Dans le premier cas que je vous ai résumé, il aurait fallu trancher, le premier jour, la phalange écrasée et nous n'aurions pas eu à attendre la lente expulsion des séquestres qui a retardé la cicatrisation de deux mois. Il fallait encore la sacrifier, cette phalange, dans un autre cas où l'os avait été tranché avec les deux tiers des parties molles: notre interne sutura les tissus et la cicatrisation a été obtenue sans suppuration; mais quel bénéfice nous donne ce succès: un bout de doigt sans résistance, insensible et par conséquent plus nuisible qu'utile.

Tandis que dans une autre observation où l'annulaire, le petit doigt et la tête des deux métacarpiens avaient été écrasés, rappelez-vous comme nous avons été récompensé de l'ablation de ces deux doigts et des têtes métacarpiennes. Immédiatement après cette exérèse nous avons badigeonné la plaie de teinture d'iode. Il n'y a pas eu de suppuration; la peau n'avait plus à recouvrir des os enflammés, des esquilles déperiostées, et la guérison a été très rapide. Certes, le quatrième et le cinquième doigt manquent, mais les deux autres forment avec le pouce une pince solide et agile et la fonction est presque entièrement sauvegardée.

N'oubliez pas que le doigt est un instrument de précision, fragile et d'une réparation délicate : aussi lorsqu'on ne peut lui rendre sa souplesse et sa force, le mieux est de le sacrifier.

J'en ai fini et j'espère vous avoir convaincus de deux choses : la première, c'est que la conservation à outrance, telle qu'avec nos maîtres nous la préconisions autrefois, nous semble dangereuse lorsqu'il s'agit de la main et des doigts ; ces derniers doivent être sacrifiés comme inutiles et même nuisibles lorsqu'on n'est pas sûr de conserver intacts le jeu de leurs tendons et la souplesse de leurs jointures ; la deuxième c'est que le pansement à la teinture d'iode est celui qui nous met le plus à l'abri de ces œdèmes inflammatoires, de ces arthrites de voisinage et de ces phlegmons diffus qui compromettent pour tant de mois, et souvent définitivement, les fonctions de la main. Cela, il faut le crier partout et nous verrons, de ce fait, diminuer dans des proportions notables, la gravité des plaies de la main chez les accidentés du travail. Or, vous en savez l'importance et la fréquence !

— :00 : —

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

—

Décidément ceux qui, dans quelques années d'ici, souffriront encore de la syphilis y mettront de la bonne volonté. Laboratoires et cliniques, bactériologistes et médecins s'unissent contre la redoutable maladie avec une ténacité qui nous permet d'envisager d'heureux jours prochains. Nous avons récemment exposé tout au long la remarquable méthode abortive de M. Hallopeau, aujourd'hui nous voudrions examiner avec quelque détail la sensationnelle découverte du Pr. Ehrlich, le fameux 606.

On pourrait peut-être se demander tout d'abord, s'il est nécessaire de traiter ce sujet, tant les colonnes des grands quotidiens se sont complaisamment ouvertes, à son propos, à toutes les interviews possibles. Je crois, quant à moi, que c'est justement parce que la grande presse en a trop parlé qu'il est utile d'en parler encore. Il est très regrettable, à mon avis, que les journaux quotidiens s'emparent ainsi de ce qui n'est pas même encore de l'actualité, mais, si j'ose dire, de l'actualité de demain. Si la vulgarisation scientifique est une chose excellente, ce n'est qu'à la condition de traiter de sujets qui puissent intéresser, à l'heure même où l'on en parle, le public. Sans cette précaution, on risque de lui donner des espoirs exagérés et que l'avenir ne vient pas confirmer, on risque aussi de susciter, autour de découvertes encore en genèse, des polémiques plus ou moins personnelles qui gênent les chercheurs plus qu'elles ne les aident. Tout cela s'est montré au grand jour à propos de 606 d'Ehrlich et il ne me paraît pas inutile de tenter une mise au point vraiment scientifique d'après les seuls documents qui puissent compter pour nous, les communications aux sociétés médicales.

On sait que le 606 est un produit ainsi dénommé parce qu'il est le 606e composé arsenical qui ait été étudié au laboratoire d'Ehrlich à Francfort. C'est le chlorhydrate de dioxy-diamido-arséno-benzol. C'est une poudre jaunâtre dont la solubilité dans l'eau est très faible, et que l'on doit utiliser en solution dans le glycol. Deux titres de solution sont préconisés par l'inventeur : une solution à 1% (60 centigrammes du produit dans 60 centimètres cubes de liquide) ; une solution beaucoup plus faible environ à 1/400 soit 250 centimètres cubes de liquide à peu près, pour la même quantité de sel actif. La première de ces solutions est destinée aux injections intra-musculaires, la seconde aux injections intra-veineuses.

Les deux procédés, en effet, peuvent être employés, ils ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients. Les injections

intra-musculaires, de technique évidemment plus aisée, sont très douloureuses. Spatz a notamment insisté sur la longue durée de ces phénomènes douloureux. Elles entraînent une élévation de température considérable, qui peut atteindre aux environs de 40°. Elles nécessitent, en fin de compte, un séjour plus ou moins prolongé au lit, quelques jours en tout état de cause. Les injections intra-veineuses ne sont pas exemptes de la réaction thermique dont nous venons de parler, mais celle-ci, que Neisser a vu s'accompagner de vomissements, se dissipe en quelques heures, et le procédé est absolument indolore. Les injections par voie endoveineuse sont devenues, depuis quelques années, assez couramment utilisées en thérapeutique pour que l'on donne la préférence à ce genre d'administration, quelque délicat qu'il puisse sembler. D'autre part l'élimination du produit se fait beaucoup plus rapidement dans ce dernier cas que si l'on utilise l'injection intramusculaire, ce qui est tout naturel, le 606 ayant une tendance à s'accumuler au lieu d'injection quand celle-ci est faite dans l'épaisseur des muscles.

Depuis la première communication d'Ehrlich, les faits cliniques se sont accumulés dans les revues et les sociétés allemandes. L'Allemagne seule, en effet, jusqu'à présent, nous donne des séries suffisamment longues et étudiées de résultats dus à l'administration du dioxy-diamido-arséno-benzol. D'ici peu de temps, espérons-le, nous aurons aussi des observations et des statistiques françaises et nous pourrons juger de plus près des effets produits par cette très remarquable thérapeutique. A l'institut Pasteur, à Saint-Lazare, à Saint-Louis, les expériences se font, en effet, sur un nombre appréciable de syphilitiques parvenus à tous les stades de l'avarie, et nous ne tarderons pas à savoir quels effets ils en ont ressentis. Pour le moment, voyons ce qu'en pensent les cliniciens d'outre-Rhin.

“La préparation d'Ehrlich, dit Wechselmann, est efficace contre toutes les manifestations primaires, secondaires et ter-

tières de la syphilis." Voilà le glorieux résumé de la clinique allemande et plusieurs syphiligraphes des plus connus, tels que Neisser, Alt, Schreiber, ont ajouté qu'aucune autre préparation antisypilitique ne pouvait rivaliser avec le 606.

Le résultat est d'autant plus beau, naturellement, que la maladie est plus précocement attaquée: les chancres se cicatrisent en trois ou quatre jours, les roséoles disparaissent en quarante-huit heures. Mais les effets de la médication sont peut-être d'autant plus remarquables, au contraire, que la vérole est plus ancienne. C'est, en effet, contre les manifestations tardives, contre le terrible tertiarisme, que la lutte est la plus difficile, et que la victoire est la plus impressionnante. Or, là aussi, de même que contre les accidents précoces, les résultats ont atteint, sinon dépassé les espérances. Schreiber notamment déclare que c'est dans les cas graves que les patients retirent le plus grand bénéfice de la thérapeutique nouvelle. Les gommès, les ulcérations, les manifestations viscérales disparaissent avec une rapidité jusqu'à ce jour inconnue. Bien mieux, on a pu traiter de cette manière des femmes enceintes en pleine évolution plus ou moins avancée et grave de cette affection et leurs enfants se sont montrés indemnes de toute tare hérédosyphilitique.

Donc, disparition rapide et, à ce qu'il semble, complète de toute manifestation syphilitique, et cela avec une seule injection de dioxy-diamido-arséno-benzol, voilà le très remarquable bilan que nous donnent nos confrères de langue allemande. Devons-nous pour cela prononcer le mot de guérison?

Toutes ces statistiques, répétons-le, sont très récentes, et c'est ce qui nous commande une grande réserve. Lorsque nous avons, ici même, exposé le traitement abortif de M. Hallopeau, nous avons signalé l'opinion des sceptiques qui demandaient dix ou quinze ans avant de pouvoir affirmer que le patient n'était plus syphilitique. Mais les statistiques du savant médecin de Saint-Louis nous montraient des malades déjà indemnes depuis deux

cents ou trois cents jours, et, d'autre part, la théorie sur laquelle il fondait sa thérapeutique pouvait faire admettre que l'on avait effectivement détruit le mal localisé encore en une région assez restreinte. Ici il s'agit de tout autre chose: il est question de détruire, en une seule injection du nouveau produit, les parasites de la syphilis disséminés dans l'organisme entier et un "virus" (pour employer l'expression ancienne), qui a envahi toute l'économie. On voit la différence des points de départ et on comprend que le mode de jugement ne puisse être le même. Ici nous devons attendre, d'autant plus que ce qu'on nous dit, assez vaguement, du reste, de l'influence de cette thérapeutique sur la réaction de Wassermann n'est pas fait pour nous inciter à parler de guérison définitive. Il est inutile d'ajouter que nous serions tout particulièrement heureux de voir en cette matière, les preuves de laboratoire s'effacer devant celles que fournirait, indéniables, la clinique. Le monde entier souhaite vivement qu'Ehrlich ait vaincu définitivement la syphilis. Si le fait est exact, voilà une maladie qui ne tardera pas à disparaître de la surface du globe. Si nous ne savons pas comment elle y est venue, nous saurons au moins pourquoi elle s'en est allée.

Mais, en attendant le jour où ce véritable triomphe sur un des maux les plus terribles qui puissent atteindre l'humanité pourra être hautement proclamé, il n'en reste pas moins que le dioxydiamido-arséno-benzol est certainement le plus remarquable antisiphilitique que nous possédions à l'heure actuelle. Il fait disparaître, en une seule injection, accompagnée de phénomènes peu importants, toutes les manifestations spécifiques connues, à la condition que la dose employée soit assez forte. Il les fait disparaître, de plus, avec une rapidité extraordinaire. Il agit victorieusement sur les malades chez lesquels les préparations mercurielles n'avaient aucune action. Il agit même sur des manifestations qui étaient, jusqu'à l'heure actuelle, considérées comme en dehors du rayon d'action des antisiphilitiques, puisque Dorr

a obtenu des améliorations très évidentes chez des paralytiques généraux. Nous avons ainsi l'espoir que les manifestations les plus complexes de l'avarie, tabès, paralysie générale, etc., pourront être enfin combattues avec succès, malgré les très louables réserves que le promoteur même de la méthode exprimait à leur égard.

En terminant, il nous faut exprimer l'espoir que les expériences qui sont actuellement tentées sur presque toute la surface du monde soient assez nettes pour que le médicament héroïque (s'il l'est véritablement) puisse être mis entre les mains des praticiens. On ne voit pas bien, si les résultats d'Allemagne sont confirmés, ce qui pourrait empêcher cette souhaitable généralisation. On a parlé de choix à faire par des syphiligraphes exercés, entre les malades susceptibles d'être les élus de la nouvelle méthode. A voir l'infinité diversité des cas traités (?), on se demande quels sont les syphilitiques qu'il faudrait exclure du traitement par le 606. Y aurait-il une réserve sous-entendue en ce qui concerne la toxicité possible du produit? Les préparations arsénicales précédentes, quelques-unes au moins, nous ont, en effet, rendus prudents en ce qui regarde les suites nocives possibles de leur emploi. Mais, jusqu'à présent, les cliniciens qui ont appliqué la méthode d'Ehrlich sont tellement unanimes à vanter chez elle l'absence totale de danger qu'il est bien difficile de penser que la toxicité soit en cause. Zeissl a même été jusqu'à prétendre que les complications possibles du traitement devaient être "reléguées dans le domaine de la fable".

Telle quelle, la thérapeutique par le 606 n'est pas encore à la portée de tous et il se passera encore probablement un peu de temps avant qu'elle y soit, d'autant plus que la préparation des solutions doit être extemporanée et qu'elle est compliquée et délicate. Mais nous demandons aux expérimentateurs de produire, sans précipitation, mais sans lenteur, leurs résultats, leurs approbations, leurs réserves, leurs données nouvelles. Si vraiment il

n'y ait pas pour les malades de danger à courir, s'il ne s'agit que d'une atténuation très naturelle à l'enthousiasme primitif, que l'on ne fasse pas attendre au peuple innombrable des syphilitiques le merveilleux agent thérapeutique, après en avoir tant parlé!

Dr HENRI BOUQUET.

—o:—:o—

NOTES PRATIQUES

—

NOTES DE PRATIQUE CHIRURGICALE

—

Ces notes n'ont aucune prétention à l'originalité. C'est pour nous rendre au désir maintes fois exprimé par des confrères activement engagés dans la pratique générale de la médecine que nous en commençons aujourd'hui la publication. Mettre en relief quelques points spéciaux et intéressants de diagnostic et de traitement chirurgical; présenter en raccourci les médications nouvelles un peu confusément développées dans les traités spéciaux; enlever aux praticiens l'obligation de recherches longues et fastidieuses pour se documenter par la mise au point aussi succincte que possible des questions de pratique journalière, tel est notre but. Et nous croyons que ces modestes et courtes notes de pure pratique chirurgicale dégagées de toutes controverses théoriques, contribueront dans une certaine mesure peut-être à combler une lacune dans la distribution des matières à lire de notre périodique.

LA GANGRÈNE SÉNILE

Parmi les gangrènes, la forme clinique qui, entre toutes, se montre au praticien le plus fréquemment, c'est à n'en pas douter, celle qui a pour cause l'artérite chronique, cette rouille de la vie, comme Peter l'avait un jour spirituellement appelée. Si elle porte plusieurs noms, spontanée, sèche, athéromateuse, c'est celui de gangrène sénile qui lui va le mieux, vu qu'il nous renseigne immédiatement sur la période de la vie où on la recouvre le plus habituellement. L'artérite chronique peut parfois donner lieu à un embolus, d'où la gangrène par embolie dont la physiologie clinique est trop spéciale pour ne pas lui donner droit à une place à part. Nous n'avons en vue ici que certaines particularités relatives au diagnostic et au traitement de la gangrène dite sénile, de beaucoup la plus fréquente des deux.—P. G., âgé de 68 ans, porte depuis près de deux mois une gangrène sèche qui envahit le tiers du gros orteil gauche. Ça lui est venu un beau matin un peu comme le Tambourinaire de Daudet, non pas cependant en écoutant chanter les cigales, mais en surveillant la terre qui silencieusement travaille pour lui. Début en somme assez banal. Mais ce qu'il y a d'intéressant chez lui c'est qu'on retrouve dans son histoire les plus importants des signes précurseurs de l'orage. En effet, depuis des mois il avait noté une sensation tactile assez curieuse. Il lui semblait marcher sur du velours, comme si une bande d'étoffe était interposée entre le sol et ses pieds; sensibilité tactile émoussée, accompagnée cependant de douleurs parfois assez accentuées, c'est le phénomène connu sous le nom d'*anesthésie douloureuse*. Puis un autre symptôme fort singulier était survenu. Après une marche assez longue, il boitait de la jambe gauche, qui trainait jusqu'à le gêner considérablement. Le repos faisait tout rentrer dans l'ordre. C'est la *claudication intermittente* due à l'insuffisance circulatoire des muscles lorsque, pendant une marche un peu longue et plus rapide, le débit artériel n'est plus

suffisant. Voilà donc deux incidents à mettre en vedette, signes avant-coureurs de la gangrène par insuffisance circulatoire. D'ailleurs, P. G. est un artério-scléreux indiscuté. Il a tout fait pour le devenir, gros mangeur, aucunement ennemi du miquelon, bon appétit, toujours soif, telle a été sa devise depuis 40 ans. Comme malade il est donc complet. Sa gangrène, qui a progressé lentement, est à l'heure actuelle stationnaire, sèche, et déjà auréolée d'un léger liséré rougeâtre, sillon d'élimination à l'état naissant, présage d'une séparation de la partie morte du vif. Le traitement de cette gangrène sèche, localisée, ouvre toute la question de la conduite à tenir dans la gangrène sénile. Tous ne la voient pas sous le même angle, question de tempérament pour les uns, influence d'école sans doute pour les autres. Doit-on opérer toute gangrène sénile avant l'apparition du sillon d'élimination? Voici à mon avis comment on doit comprendre le traitement. Si la gangrène n'est pas envahissante, si elle est très limitée, aux orteils par exemple, qu'elle reste sèche, c'est-à-dire aseptique, si l'état général ne donne pas de signes d'intoxication—car le tissu gangrené résorbe des toxines—il est préférable d'attendre une délimitation manifeste, et alors l'intervention chirurgicale en soi insignifiante, ne nécessitant pas l'anesthésie générale, ne consistera qu'à hâter la chute de la partie mortifiée. Est-ce à dire que pendant la période d'attente le médecin doit rester l'arme au bras? Pàs du tout, il y a plusieurs indications à remplir. D'abord, il faut absolument que cette gangrène qui est sèche, aseptique, demeure aseptique, et ne devienne pas humide, ce qui serait une sérieuse aggravation. Des lavages quotidiens à l'eau bouillie coupée au tiers d'eau oxygénée sont nécessaires; puis après assèchement de la partie gangrenée, le pansement doit consister à saupoudrer avec de la poudre de peroxyde de zinc, de la gaze sèche, stérile, recouverte de l'ouate maintenue par une bande peu serrée. Le repos est nécessaire, le membre un peu élevé. Contre la douleur, des piqûres de morphine, ou d'héroïne, s'il y a nécessité. Le trai-

tement de l'artério-sclérose est de saison—régime lacto-végétarien, liberté du ventre—de l'iodure de sodium et nitrite de soude, quelques centigrammes par jour, voilà les grandes lignes. Maintenant, si au contraire, la gangrène est envahissante, qu'elle gagne le pied, si elle devient humide malgré tout traitement, si l'état général a tendance à périlcliter par l'intoxication manifeste, température, diarrhée, faciès plombé, etc., alors il y a péril dans la demeure, le temps des temporisations est passé, il faut agir et énergiquement, et c'est l'amputation qui s'impose. Mais où faut-il amputer? Ici, le doute n'est pas permis. Si l'on ne veut pas courir le maximum de risque de voir la gangrène apparaître dans les lambaux, il faut amputer au delà de l'endroit où l'artérite chronique se cantonne avec le plus de fréquence et le plus d'intensité, c'est-à-dire au tronc artériel tibio-péronnier. La conclusion est donc rigoureuse, ou bien désarticuler le genou, ou amputer la cuisse au $\frac{1}{3}$ inférieur. C'est là le seul traitement raisonnable si l'on veut sauver la vie sérieusement menacée. Attendre le sillon d'élimination, c'est laisser l'intoxication—car Kussmaul a montré que les parties gangrenées resorbent—anihiler les moyens de défense toujours précaires chez ces malades, sans aucun bénéfice sérieux. P. G. n'avait qu'une gangrène sèche aseptique, localisée au gros orteil, avec un état général excellent, une opération insignifiante fit tomber la partie morte qu'un sillon délimitait, et depuis deux ans il reste guéri, son moignon cicatrisé.

ARTHUR SIMARD.

DE L'EXAMEN DES URINES DANS LA PRATIQUE
JOURNALIÈRE

Ce n'est pas notre intention d'aborder ici les savantes conceptions de *l'Alchimie*. Nous n'irons même pas jusqu'au détail de l'analyse complète des urines. Nous voudrions seulement dans une série de petites notes destinées au praticien rappeler à ce dernier ce qu'il peut facilement tirer en clientèle de l'examen sommaire des urines. Nous ne parlerons donc que de choses essentiellement pratiques pouvant s'observer au bureau ou au lit même du patient.

Que doit-on observer d'abord, dans un échantillon d'urine?

Il importe de constater l'aspect, la couleur, la densité, et le dépôt si dépôt il y a.

Aspect.—L'urine fraîchement émise est habituellement d'aspect limpide. Elle se trouble quelquefois après l'émission, surtout si la température est un peu fraîche, par la *précipitation des urates*.

Elle peut être troublée dès l'émission lorsqu'elle contient du pus ou des phosphates. Ce dernier fait est plus rare. Habituellement, il s'y forme à peu près constamment après quelque temps de légers nuages dus à des débris cellulaires, des filaments de mucus, etc., et qui finissent par se déposer au fond.

Enfin, elle peut devenir trouble après un plus ou moins long séjour au dehors lorsqu'il commence à s'y cultiver des microbes. Elle prend alors l'aspect d'un véritable bouillon de culture. Si l'on veut éviter cet accident lorsque l'on tient à conserver l'urine des 24 heures, il suffit de lui ajouter 2 cc. environ d'une solution à 1 % d'oxycyanure de mercure.

Couleur.—L'urine normale est jaune ambrée, variant du jaune clair au jaune intense avec une teinte plus ou moins rougeâtre quelquefois.

Contient-elle du sang en assez grande quantité, elle prend alors une teinte rouge plus accentuée et plus nette.

Les urines ictériques sont plus ou moins brunâtres ou brun verdâtre en général.

Enfin, phénomène assez rare, la présence d'une grande quantité d'indican rend les urines bleuâtres. Le fait est rare mais on rencontre quelquefois des urines *d'un beau bleu* sans que des raisons pathologiques soient en cause. Certains malades usent de médicaments brevetés *ou autres*, contenant du bleu de méthylène et sans avis du médecin. Ils ne sont frappés que le jour où ils pissent bleu, et courent alors consulter le médecin restant quelquefois assez embarrassé au premier abord. Nous mentionnons ce fait, parcequ'il nous est arrivé plusieurs fois de recevoir au laboratoire des urines de ce genre, pour tirer d'inquiétude un malade en détresse.

Densité.—La densité de l'urine est chose facile à prendre. Il suffit d'avoir un densimètre dont on puisse être sûr, et pour ce faire, il peut être utile de le vérifier à l'eau distillée, lorsqu'on se le procure, car il arrive souvent qu'on nous vende des appareils gradués de façon tout à fait fausse.

La densité normale de l'urine varie de 1018 à 1022 lorsqu'elle est prise sur l'urine des 24 heures. La densité d'une miction en particulier est moins précise.

Les densités très faibles se rencontrent surtout dans les urines très pâles dites urines nerveuses et nous avons vu des cas où elle ne dépassait pas 1001. Les densités très élevées au contraire, peuvent faire croire à la présence de sucre, et il est bon alors de rechercher attentivement ce corps.

C'est l'enfance de l'art que de prendre la densité de l'urine. Il suffit de plonger le densimètre dans une quantité suffisante du

liquide pour qu'il y flotte et de lire au point d'affleurement en bas du ménisque le chiffre qui indique directement le poids de l'urine.

Il faut aussi tenir compte dans l'application de la densité de la quantité d'urine émise en 24 heures par le malade. Et ce point doit toujours être pris en considération, la quantité d'urine éliminée pouvant donner de précieux renseignements sur le fonctionnement du rein. Normalement elle doit être de 1200 à 1500 cc.

Dépot.—Nous avons dit un mot en parlant de l'aspect, de ces dépôts floconneux qui se forment quelque temps après l'émission de l'urine et qui sont en réalité sans importance. Il en est d'autres qui présentent plus d'intérêt et sont du reste faciles à reconnaître. Nous ne mentionnerons que les principaux.

Les *urates* forment quelquefois, même souvent, des dépôts très abondants et beaucoup moins importants qu'on ne pourrait le croire à leur aspect. Il est facile de les diagnostiquer. Il suffit de chauffer légèrement dans une tube une petite quantité de ces dépôts rougeâtres ou gris rosé pour les voir immédiatement disparaître, l'urine redevenant absolument limpide.

Les dépôts de *phosphates* sont plus rares et se reconnaissent à la propriété qu'ils ont de se dissoudre par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique.

L'*Acide urique* se voit à son aspect cristallin rougeâtre, tout à fait particulier, c'est le sable urinaire.

Le *pus* se retrouve assez facilement à l'œil nu par son aspect spécial, mais on le diagnostiquera surtout au microscope. Il en est de même du sang que l'on reconnaîtra aussitôt s'il est en grande quantité, mais pour lequel il faudra user du microscope, si l'urine n'en contient que de faibles traces.

A. VALLÉE, M. D.

(à suivre)

TRAITEMENT DE LA BRONCHO-PNEUMONIE

(*Clin. Infantile*).

Le Dr Herzfeld (*Journ. of Am. Associa.*) propose une nouvelle technique pour faire les enveloppements sinapisés du thorax. Au lieu d'employer directement, comme l'a proposé Hieubner, la bouillie de farine de moutarde délayée dans l'eau et imprégnant une flanelle ou une compresse molle, qui doit envelopper le thorax tout entier, le médecin américain recourt à une solution alcoolique de moutarde qu'il verse dans de l'eau alcoolisée.

Les effets révulsifs obtenus avec la bouillie imprégnant la flanelle ou la tartalane spongieuse sont excellents; néanmoins il est bon de connaître la modification proposée par Herzfeld; il décrit la méthode qu'il emploie de la manière suivante :

On mélange 250 cc. d'eau avec 250 cc. d'alcool dans un large récipient; on y ajoute 25 à 50 cc., suivant la gravité des cas, d'une solution alcoolique de moutarde récemment préparée d'après la pharmacopée germanique (1 partie d'essence de moutarde pour 49 parties d'alcool pur). On humecte une large pièce de flanelle avec cette mixture et on enveloppe le malade de la nuque aux genoux.

Le malade est ensuite roulé dans un drap sec et il est laissé en cet état jusqu'à ce que la peau rougisso, ce qui demande ordinairement 15 à 20 minutes, on enlève la flanelle sinapisée et on enveloppe l'enfant dans un drap imbibé d'un mélange de 2 parties d'eau pour 1 partie d'alcool et on le laisse encore une demi-heure. Au bout de ce temps, on fait un enveloppement avec un drap sec.

Ordinairement, un seul enveloppement procure un soulagement marqué, mais les récidives sont fréquentes. Une appli-

tion suffit en général dans les vngt-quatre heures, à moins que des indications urgentes ne nécessitent un nouvel enveloppement.

D'après l'auteur, les avantages de cette méthode sont :

1^o La rapidité surprenante de l'effet produit ; 2^o la légèreté de l'enveloppement n'est pas une gêne pour la respiration ; 3^o il est bon marché et propre.

—:00:—

THERAPEUTIQUE MEDICALE

COMMENT TRAITER LES VOMISSEMENTS

—

Hôpital Lariboisière. — M. LE GENDRE

Les vomissements ayant des causes très diverses comportent des indications thérapeutiques variables. Chez les nourrissons, ils tiennent souvent à une *erreur d'alimentation*. Il faut commencer par les mettre à la diète hydrique, avec l'eau de Vals ou d'Évian, durant quelques heures, puis régler les tétées, au besoin changer le lait s'il est reconnu de mauvaise qualité. Il ne faut pas accuser toujours la suralimentation. Variot a justement signalé les vomissements par hypo-alimentation, chez les enfants nourris avec du lait trop dilué. Malgré la quantité excessive de liquide qu'ils absorbent, ils sont en réalité soumis à l'inanition. Généralement, ces enfants-là ont des garde-robes presque nulles. Ils cessent de vomir quand on les alimente davantage.

En face de vomissements persistants, il faut aussi quelquefois penser à cette affection rare qu'on a appelé la *sténose hypertrophique du pylore*. Elle peut réclamer une intervention chirurgicale.

Exceptionnellement, le vomissement annonce le signal d'une *appendicite*, chez un enfant de quelques mois. Beaucoup plus fréquemment, des vomissements subits, accompagnés du facies péritonéal, seront le symptôme d'une *invagination intestinale*, affection propre à la première enfance, et se traduisant aussi par des garde-robes sanguinolentes. C'est par le palper soigneux de l'abdomen, combiné au toucher rectal, qu'on reconnaîtra l'invagination; le traitement consistera à mettre l'enfant dans une situation déclive, parfois la tête en bas, et à introduire, avec douceur et précaution, dans l'intestin, de l'eau de Seltz, au moyen d'une sonde molle et d'un siphon. Le chirurgien sera appelé le plus tôt possible, si les symptômes et la tumeur ne rétrocedent pas.

Lorsqu'on a affaire à des enfants plus grands, de la première et de la seconde enfance, il faut se rappeler que les trois quarts des *maladies infectieuses*, notamment la scarlatine, s'annoncent par de brusques vomissements.

Les *coquelucheux* vomissent généralement d'une façon mécanique, quand la quinte les prend peu de temps après le repas. Une partie du contenu stomacal est ainsi rejetée; il en résulte une insuffisance de la nutrition, l'amaigrissement, la perte des forces, l'aggravation de la maladie. On peut empêcher ces vomissements en faisant manger l'enfant quelques minutes après qu'il a vomi. Comme médicaments, on emploie la belladone, l'atropine, la teinture de drosera, l'antipyrine, les insufflations nasales et badigeonnages de la gorge ou pulvérisations cocaïnées. Hayem a justement signalé la gastrite succédant à l'emploi prolongé de certains médicaments. Cette *gastrite médicamenteuse* peut se produire dans ces conditions chez le coquelucheux et causer des vomissements. On reconnaîtra la nature de ceux-ci à ce fait que l'enfant vomit en dehors de ses quintes, qu'il a de l'état saburral, d'une douleur à la région épigastrique. On supprimera aussitôt toute absorption médicamenteuse.

Les vomissements *chimiques ou acétonémiques* offrent ce ca-

ractère de se reproduire périodiquement tous les 3 ou 6 mois, apparaissant brusquement chez un enfant bien portant, sans cause connue. Le malade vomit tout ce qu'on lui donne, eau comprise. Cet état dure cinq ou six jours, dix au plus. Souvent, l'haleine exhale une odeur aromatique rapelant le chloroforme et la pomme reinette, qui est l'odeur de l'acétone. Dans d'autres cas, il y a de l'acétonurie. Il s'agit de sujets neuro-arthritiques qui, pour Marfan, ont une insuffisance hépatique temporaire. Ce sont des enfants dont la nourriture est trop riche en viande et en aliments azotés. Pour Comby, ce serait une forme de névrose périodique appartenant à la migraine. Chez quelques-uns de ces malades, il s'agirait, a-t-on dit, de la manifestation d'une appendicite chronique méconnue. On a essayé comme traitement la potion de Rivière, la citrate de soude, les lavages d'estomac. Le seul remède certain est la suppression de toute alimentation buccale, même l'ingestion d'eau, pendant 12 à 24 heures. On donnera des lavements fréquents d'eau bouillie légèrement salée (sérum physiologique); puis, une cuillerée à café d'abord, plus tard à soupe, d'eau, par la bouche. On fera des injections de sérum si le pouls faiblit. Généralement, la guérison est brusque et s'annonce par une faim dévorante. L'hygiène alimentaire constitue le traitement prophylactique. Chez les arthritiques on prescrira un régime surtout, mais non exclusivement, végétarien, et l'exercice au grand air.

Chez l'adulte, des vomissements subits peuvent faire penser à un *étranglement herniaire*. L'étranglement cède souvent si on l'étala sur la région correspondante du coton hydrophile, sur lequel on verse goutte à goutte de l'éther (Ch. Fiessinger). Ce moyen peut remplacer le taxis, manœuvre qu'il faut éviter de prolonger.

Le vomissement peut signaler une *appendicite*.

Le diagnostic de l'appendicite repose essentiellement sur la douleur du point de Mac Burney, la défense musculaire, l'impos-

sibilité d'évacuer les gaz. On met à la diète absolue, avec glace sur la région douloureuse.

Les vomissements peuvent être des phénomènes d'*intoxication*, et celle-ci résulte d'une tentative criminelle. Dans cette éventualité, le médecin, tout en agissant avec discrétion et prudence, fera son enquête s'informer de ce que le malade a mangé ou bu, etc. Il protégera celui-ci en plaçant auprès de lui un garde-malade sûr, et, au besoin, en l'isolant dans une maison de santé.

Chez une jeune femme, qui a des vomissements depuis quelque temps, on songera à la possibilité d'une *grossesse*. Dans ce cas-là, le rôle du médecin devient très délicat, quand il s'agit d'une jeune fille. Il commencera par bien établir le diagnostic, puis, n'avertira l'entourage qu'avec le consentement de l'intéressée.

On peut être appelé auprès d'une femme enceinte qui vomit d'une manière continue; il y a une importante distinction à faire entre les cas. Les vomissements qui se montrent pendant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse, disparaissent souvent d'eux mêmes; ils tiennent à l'état physiologique créé par la grossesse avant tout. Ils sont parfois entretenus par une *alimentation mal dirigée*, que le médecin devra redresser; quelquefois, à la *rétroversion* de l'utérus, entraînant une gêne permanente dans l'accroissement de cet organe. En pareil cas, il suffit de quelques manipulations locales pour remettre les choses en place, et, du coup, faire cesser les vomissements.

Mais, dans les cas persistants, dans les fameux cas incoercibles de la grossesse, il arrive une période où les femmes ne tolèrent plus rien. Elles s'amaigrissent avec rapidité. Le poulx s'accélère, la fièvre s'allume, et finalement les malades tombent dans un état cachectique qui peut se terminer par la mort. Le seul moyen d'enrayer ce terrible accident est l'interruption de la grossesse. S'il n'y a pas encore danger pour la vie de la mère, on peut essayer d'agir médicalement.

L'étiologie de ces accidents est variable, et, surtout, leur pathogénie diversement interprétée. Il y a des femmes qui vomissent en leur qualité d'hystériques. C'est alors que réussiront une foule de moyens suggestifs, tels que : pilules de bleu de méthylène, de fulminate de taraxacum, comme le prescrivait Guéneau de Mussy, pulvérisations d'éther, applications froides ou chaudes, lavage d'estomac. Dans d'autre cas, il y a une auto-intoxication, de nature inconnue, mais réelle. On a invoqué les troubles fonctionnels de divers organes, l'insuffisance du foie, du rein, du tube digestif. Pour Bonnaire, la thérapeutique victorieuse consiste dans le lavage intestinal. Cet auteur préconise les laxatifs salins, donnés fréquemment et à haute dose, notamment les eaux minérales sulfatées sodiques et les solutions de sulfate de soude. Ces purgations doivent être renouvelées jusqu'à cessation des vomissements.

Dans d'autres cas, on obtient d'aussi bons résultats en agissant sur le foie par le régime lacté exclusif avec le lait écrémé; dans d'autres encore en supprimant momentanément l'introduction d'aliments, ou en s'adressant aux modifications de la nutrition générale : inhalations d'oxygène; ou aux anti-émétiques : potion de Rivière, eau de Seltz. On a proposé les lavements de chloral, l'application du sac de glace sur la région vertébrale, les lavages d'estomac.

Les vomissements fréquents de l'adulte sont principalement ceux des *tuberculeux*. Leur nature est complexe. A la période initiale, ils sont en rapport avec cette dyspepsie prémonitoire de la phtisie, bien étudiée par Marfan. Généralement l'hygiène, le grand air, l'aération jointe à une alimentation très surveillée, suffit pour les guérir. A une période plus avancée, c'est la toux qui, par l'intermédiaire du pneumogastrique, réagit sur l'estomac. Il ne faudra pas trop insister sur les calmants, tels que : opium, codéine, morphine, aconit, belladone, bromoforme, qui, à haute dose, font vomir par irritation de l'estomac quand il y a une

simple hyperesthésie gastrique, on réussit avec le bismuth à haute dose. Lion administre jusqu'à 10 et 15 grammes de sous-nitrate de bismuth, au commencement de la journée, ou avant le principal repas.

Dans certains cas on obtient une diminution de l'irritation nerveuse cause des vomissements, avec des substances agissant par divers mécanismes, teinture d'iode, à la dose de quelques gouttes à la fin du repas; laudanum (qui agit peut-être par le safran). Un certain nombre de malades se trouveront bien du menthol, 0,10 à 0,20 centigr. dans une potion gommeuse, par cuillerées avant le repas; ou de l'eau chloroformée et bromoformée, auxquelles on peut avec Mathieu associer le menthol.

On recommande aussi aux tuberculeux de manger lentement, de prendre des aliments bien préparés, facilement digestibles. On traitera au besoin les hypopeptiques par le kéfir avant le repas, le suc gastrique naturel, la pepsine et l'acide chlorhydrique. Quelques tuberculeux sont hyperpeptiques, à une certaine période de leur maladie. A ceux-là on donnera du bicarbonate de soude, de la magnésie, des poudres de saturation.

Quant aux vomissements se produisant chez des sujets purement *nerveux*, *hystériques* ou autres, la grosse question est le diagnostic de leur nature.

Quelquefois il s'agit d'une *entéro-colite* commençante: c'est le cas des femmes qui sont assez bien au lever, puis après avoir été une heure debout se mettent à avoir des nausées et à vomir. On fera le diagnostic de la cause de ces vomissements par l'existence de la constipation, la palpation de l'intestin et l'inspection des garde-robes où on retrouvera les muco-membranes caractéristiques.

Les vomissements névropathiques, d'origine psychique, sont justiciables de l'isolement et des moyens psychothérapeutiques seuls ou associés à divers agents physiques et médicamenteux.

DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES ULCÈRES DE JAMBE

Par le Dr GALAND, (*Écho Médical du Nord*)

Tout d'abord, dit l'auteur, il faut se conformer aux préceptes de l'école française: Pour cette école, en effet, il n'y a pas lieu de craindre de guérir l'ulcère, lorsque le porteur ne révèle aucune tare du côté du rein, du foie et des viscères; dans le cas contraire, il faut s'abstenir, car l'ulcère sert d'émonctoire.

Tel est le cas chez les cardiaques, les brightiques, les cirrhotiques.

L'auteur divise le traitement en deux catégories: le traitement palliatif et le traitement curatif.

Pour le traitement palliatif, on nettoie la jambe au savon, on applique des cataplasmes d'amidon boriqués (3 par jour) et on lave copieusement à la liqueur de van Swieten; puis, on saupoudre de peroxyde de dermatol ou de zinc, de thymol bi-iodé. On peut aussi appliquer des compresses de gaze au salol, dont les bords sont enduits de vaseline boriquée. Le Dr Robin emploie la liqueur de Labarraque étendue de trois fois son volume d'eau.

Deux excellentes formules pour le traitement de l'ulcère de jambe sont celles de Beldan de Riga, dont voici la formule prise dans le *Munchener medicinische Wochenschrift*, juillet 1907.

Huile d'olives	15 gr.
Fiel de bœuf	15 —
Miel rosat	8 —
Cire blanche	5 —
Sucre pulvérisé	2 —

Cette pommade, après détersion à l'eau boriquée très chaude,

de l'ulcère est appliquée matin et soir. On recouvre de toile fine. On entoure d'une bande tangepts un peu serrée.

Et cette autre de Danlos, dont nous empruntons la formule au *Journal de méd. et de chir. pratiques* (10 août 1907).

Onguent styrax	75 gr.
Onguent de canet	75 —
Huile d'amandes douces stérilisée.....	q. s.

Même méthode d'application que pour la précédente.

Comme il n'est plus permis d'ignorer la composition de la célèbre pommade de Reclus, pommade qui a donné, dans le traitement des ulcères de jambe, d'aussi bons résultats qu'elle en donne dans celui des plaies infectées, nous en rappelons ici la formule :

Vaseline	15 gr.
Antipyrine	0 gr. 50
Acide borique	0 gr. 30
Salol	0 gr. 10
Iodoforme	0 gr. 10
Acide phénique crist.	0 gr. 01
Sublimé corrosif	0 gr. 01

Lavage, légère onction 3 fois par jour. On couvre de taffetas-chiffon, pour que la pommade ne soit pas absorbée par le pansement, et on maintient le tout avec une bande de crêpe souple.

Le journal entier ne suffirait pas à la simple nomenclature des topiques préconisés pour la cure de l'ulcère variqueux. Citons, au hasard : les acides borique, phénique, salicylique, phosphorique, l'eau chlorurée calcique, le sparadrap au minium, l'emplâtre de Vigo, etc., etc.

M. Galland termine son étude par l'exposé de la méthode ambulatoire, due au chirurgien Leroy, du Havre, dite de la botte

élastique, dont on trouve la description dans la thèse du Dr Maury, son élève. Pour permettre au porteur d'un ulcère variqueux de se livrer à la marche, on entoure sa jambe d'un pansement que l'on fabrique comme suit:

1^o Mettre pendant une demi-heure sept bandes de tartalane légèrement amidonnée, mesurant 5 m. de long sur 7 centimètres de large dans une solution de formol chaude à 2 %;

2^o Mettre au bain-marie, afin de lui donner une consistance semi-liquide, la préparation suivante qui aura été faite d'une façon aseptique:

Eau bouillie	180 gr.
Glycérine anglaise	100 —
Glycérine surfine	50 —
Oxyde de zinc	40 —

F. s. a. Passez sur tartalane double et aseptique.

3^o Faire coucher le malade, et, pendant cinq minutes, aseptiser par un bon savonnage à l'eau bouillante chaude, sa jambe depuis les orteils jusqu'au genou; puis, lavage de l'ulcère et de la jambe avec une solution de formol;

4^o Essuyer fortement le membre à l'aide de compresses sèches et stérilisées.

Les bandes formolées, fortement exprimées, sont ensuite trempées dans la préparation ci-dessus, puis roulées, sans trop serrer, autour de la jambe, depuis la racine des orteils jusqu'au genou.

A la sixième bande, commencer juste au-dessous des malléoles de façon à éviter un trop gros pansement du pied.

Au bout d'une demi-heure, la jambe étant toujours restée allongée, ce pansement est sec, souple, comprimant régulièrement le membre et n'occasionnant aucune douleur.

VARIÉTÉS

CE QU'ON TROUVE DANS LES VIEUX BOUQUINS

La durée de la grossesse de Gargamelle.—Opinions d'Ambroise Paré et de Laurent Joubert sur la durée de la grossesse.

Par M. le Dr ALBAREL (de Névian).

Rabelais, dans le chapitre III du livre Ier de son *Gargantua*, dit que Gargamelle “engroissa d’un beau fils et le porta jusques à l’unziesme mois”. Et il ajoute: “Car aultant, voyre dadvan-taige, peuvent les femmes ventre porter,, mesmement quand c’est quelque chef d’œuvre, et personnaige qui doibve en son temps, faire grandes proesses. Comme dict Homère que l’enfant duquel Neptune engroissa la nymphe, nasquit l’an après révolu, ce feut le douziesme mois. Car (comme dict *Aulus Gellius*, lib. III), ce long temps convenoit à la majesté de Neptune, afin que en icelluy l’enfant feust formé en perfection. A pareille raison Jupiter feit durer quarante huit heures la nuyct qu’il coucha avecques Alc-mène. Car en moins de temps n’eust-il peu forger Hercules, qui nettoya le monde de monstres et de tyrans.

“Messieurs les anciens pantagruélistes ont confirmé ce que je dy, et ont déclaré non seulement possible, mais aussi légitime l’enfant nay de femme le unziesme mois après la mort de son mary.”

Rabelais cite Hippocrate, Pline, Plaute, Marcus, Varus, Aristote, Gallus, etc. Je renvoie à la thèse du Dr Marcel Benoît, *Rabelais accoucheur* (Montpellier., 1904, No. 1), ceux qui voudraient prendre connaissance des divers textes auxquels celui-ci fait allusion.

L’auteur de *Pantagruel* conclut en donnant un coup de patte à sa façon aux légistes qui, comme Gallus, admettaient le onzième mois comme terme de la grossesse. “Moyennant lesquelles loys

les femmes vefves peuvent franchement jouer du esrecropière à tous enviz, et toutes restes, deux moys après le trépas de leurs marys. Je vous prie par grâce, vous aultres, mes bons averlans, si d'icelles en trouvez qui vaillent le desbraguetter, montez dessus et me les amenez. Car si au troisiemes moys elles engroissent, leur fruiet sera héritier des deffuncts. Et, la groisse congnee, poulsent hardiment oultre, et vogue la galée, puisque la panse est pleine. ”

On ne pouvait se moquer de façon plus... *abelaisienne* des croyances erronées de son époque.

Il m'a paru intéressant de consulter les œuvres de deux médecins célèbres du XVI^e siècle, Ambroise Paré et Laurent Joubert, pour connaître leur opinion à ce sujet et voir s'ils légitimaient les onze mois de grossesse de Gargamelle.

Ambroise Paré (*De la Génération*, I. XXXIV, c. XV) consacre un chapitre à la durée de la grossesse, mais ne s'étend pas outre mesure là-dessus comme le fait son confrère Laurent Joubert. “Tous animaux, dit-il, ont certains temps limité de charger et porter leurs petits, mais l'homme seul n'a aucun temps préfix, ainsi vient au monde en tout temps : ainsi les uns naissent à sept mois, les autres à huit, les autres à neuf qui est le plus commun, les autres à dix, voire au commencement de l'onzième. ”

Pour Ambroise Paré, la durée normale de la grossesse est de sept mois, et c'est par suite de la débilité de l'enfant que la grossesse se prolonge au-delà de ce terme. “Tousjours sur le septième mois l'enfant s'efforce de sortir hors, ce qu'il fait heureusement et avec assurance de vie sans autre accident, s'il est fort et puissant de nature. Que si au contraire il est faible et foïet, non seulement il ne peut sortir, mais en outre estant davantage débile par le combat et effort qu'il a fait en vain pour sortir, a besoin quasi d'estre comme recuit et retenu de l'utérus. Jusques à deux ou trois mois après ne sortant que sur le neuvième ou dixième mois, pour cependant recueillir et ramasser ses forces. Que s'il sort un

mois après, sçavoir sur le huictième mois, il est estimé mal-heureux, et sans espérance de longue vie, pource qu'il n'a eu assez de temps à réparer et ramasser ses débiles forces atténuées par le conflit, pour sortir naturellement au septième mois. ”

Laurent Joubert (*Erreurs populaires, touchant la médecine et la régie de santé*, I. III, c II) s'étend beaucoup plus sur la question qu'Ambroise Paré. Son chapitre: *Si une femme peut porter plus de neuf mois et comment il faut entendre le terme de la grosse*, serait à citer en entier. Je donnerai les passages les plus intéressants.

L'auteur admet le onzième mois comme terme possible de la grossesse. “ Mais ce qui est plus estrange, la femme n'a aucun certain terme du port de ses enfants, comme ont les autres animaux. Car elle enfante quelquefois à sept mois, communément à neuf, quelquefois à dix et onze, tous ces termes estant bons et vitals. ”

Après cela Joubert examine les diverses explications fournies pour justifier cette variabilité dans les termes de la grossesse. “ Quelques-uns adjoustent que l'homme est souvent cause de l'accélération et incertain terme d'enfanter, quand il retourne à la femme grosse, où il ne fait que gaster la besogne, comme qui remueroit la terre, après qu'elle est semée et le grain commence à germer. Mais cela seroit plustost cause des avortissemens que des divers termes vitals, ès mois 7, 9, 10, 11. Car l'agitation importune peut précipiter l'enfant, au moins ne le retarde pas. Donc, il faudroit que les femmes grosses, qui ne sont depuis la conception embrassées du masle portassent ordinairement jusques à 11 mois; celles qui le sont quelque peu à 10; qui davantage à 9 et les mieux recognees, fussent à terme au septième. Ou bien au contraire: d'autant que le fruict ou grain qui a desja fructifié, s'il est agité ou esbranlé, perd du temps, parce qu'il luy faut reprendre racine, et se rattacher de nouveau, s'il doit profiter: dont il sera plus tardif à sa maturité, que s'il n'eust été remué, ainsi

l'enfant qui sera mieux secoué, naîtra plus tard, et celui plustost, duquel sa mère sera laissée en repos."

Les explications qui précèdent sont celles données par le populaire. Joubert essaye à son tour d'en fournir de scientifiques. Il se lance dans une longue dissertation pour montrer que les animaux d'une même espèce sont absolument semblables, tandis que la diversité est la caractéristique du genre humain. Les tempéraments, les complexions, diffèrent d'un homme à l'autre; par conséquent, suivant la complexion de la femme, suivant la complexion de l'enfant enfermé dans l'utérus, la grossesse sera plus ou moins longue et Joubert en arrive à rééditer la première raison que donne Rabelais: "Car il y a des enfants de grande esclappe et corpulence qui requièrent plus de séjour pour leur maturité: comme dit Aristote des éléphants qui ont besoin de sesjourner deux ans dans la matrice, pour leur grande corpulence."

Il ajoute plus loin: "Donc si un enfant menu et gresle dès sa conception ou première conformation, chaud et sec de complexion, remuant et trépineux, a assez de neuf mois et quelquefois de sept pour sa maturité, à l'autre en faudra dix ou onze. Ainsi voit-on communément les filles venir jusques au bout du mois neuvième et les fils naître au commencement et entrée du mois."

L'auteur compare ensuite les enfants aux fruits d'un arbre qui ne sont pas mûrs tous le même jour: "Veu que l'enfant est proprement un fruict, qui est fait de semence: et meurit dans la matrice, comme dans une gousse, ou autre escorce, qui vient à s'ouvrir quand le fruict est meur, prest à tomber."

Et Joubert dit en manière de conclusion: "Comme on voit des œufs qu'une geline couve, tous les poussins n'esclore à un coup, ainsi par quelques intervalles, selon leur sexe ou complexion et que la mère touche l'œuf de plus près, ou de l'endroit qu'elle est plus chaude. Qu'on cesse donc de s'esbahir comment une mesme femme portera un enfant dix mois et en fera un autre en moins de neuf: sçavoir est à sept mois."

Il ressort nettement de ce qui précède que Ambroise Paré et Laurent Joubert admettaient le onzième mois comme terme accidentel de la grossesse. C'est un honneur pour Rabelais d'avoir raillé les erreurs de son temps, montrant par là combien il était profond observateur. Ce n'est pas lui qui aurait osé rapporter sérieusement, comme Ambroise Paré et Laurent Joubert, l'accouchement de Dame Marguerite, comtesse de Hollande, qui en 1313 mit au monde 365 enfants, "comme petits poulets, qui eurent tous baptême".

Dr ALBAREL (de Névian).

—: 00:—

NE COIFFE.

—

"La témérité vulgaire qui glosse toujours sur les œuvres de nature, voire sans les cognoistre, estime que ceux qui naissent enveloppez de ceste tunique agnelette, doivent estre heureux. Ce qui pensa un jour causer la mort à une damoiselle Bolognoise. Laquelle estant accouchée d'un fils venu ainsi armé, et en estant la nouvelle portée au mary, par une des assistentes, qui adjousta cuidant le resjouyr, qu'il estoit venu vestu de l'aube de saint François, dont heur et félicité luy estoit désignée.

"Cest homme, qui estoit entré en jalousie contre sa femme, de ce qu'il avoit veu un religieux de saint François converser avec elle fort familièrement, jugeant incontinent que cette aube devoit provenir de là: Il monte à la chambre, où devant qu'on peust s'en appercevoir, il donna bon nombre de coups de poing à cette nouvelle accouchée l'appellant putain et ribaude, et l'eust tuée en cette cholère, n'eust été que les femmes la présentes le retindrent: qui luy donnans à cognoistre la cause de cest armure luy levèrent cette boutade, le reduisant à son bon sens.

"Aussi à la vérité il n'y a non plus de raison à cette opinion,

qu'en la fantasia de ceux qui croient que cette tunique portée par la personne la garantit des coups et la rend invulnérable. Ce qui seroit bon à persuader aux poltrons, qui ont belles affres, non à ceux qui sont munis de bon et sain jugement." Dr Jacques Duval, *Les hermaphrodits, accouchements, etc.*, Rouen, 1612.

Dr F. BREMOND.

—:00:—

LES CLIENTS INSTABLES

Le client instable est celui qui n'est pas content de son médecin ou chante, au contraire, après une première consultation, le plus bruyamment sa gloire. L'univers n'est pas assez vaste pour recueillir, avec l'ampleur qui conviendrait, les paroles d'admiration qu'il prononce en l'honneur de son sauveur. Flatté, le médecin se laisse faire. Il n'a point à protester, n'est-ce pas? Oui, mais qu'il prenne garde. Il faut se méfier de ces feux d'artifice de louanges. La fusée partie, il ne reste plus qu'un pauvre cylindre de carton bien difficile à enflammer. Répandu à tort et à travers, l'éloge, chez celui qui le prononce, ne tarde pas à se refroidir. Un changement d'attitude s'opère. Le malade observe maintenant son médecin, cherche à se rendre compte s'il n'a pas été dupe. Dans son enthousiasme il n'a point trouvé partout des échos également favorables. Quelques-uns lui renvoyaient des paroles de dénigrement qu'il n'a guère entendues sur le moment, mais dont il se préoccupe à cette heure. Vraiment, ne s'est-il pas emballé trop tôt? L'esprit critique lui revient après l'explosion, et animé d'une sympathie plutôt tiède.

Au médecin de veiller sur soi. Qu'il procède à un examen complet, s'enquière avec minutie, ne laisse échapper aucun détail. Le malade est bien décidé à ne plus se laisser prendre. Il observe épie, bien résolu à vous refuser sa confiance et à la porter ailleurs, au moindre indice de distraction ou de faiblesse de votre part.

Rien de difficile à garder comme les malades qui ont clamé trop vite et trop chaudement vos mérites sur les toits.

Or, il arrive fréquemment que le médecin s'abandonne quelque peu. Il a confiance dans son client, l'examine avec moins d'attention, cause, s'oublie. L'intéressé ne pardonne pas ça. Une fois dehors, il aura vite fait de rétablir la vérité. Ce médecin? Un charlatan, un négligent, un bavard, un distrait, un ignorant.

Vous n'avez que l'embarras du choix. Il est bon de connaître cette mentalité d'un certain public. Elle s'observe chez les nouveaux clients, ceux que votre première visite a bouleversés de contentement et d'espoir. Toute émotion forte a tendance à s'éteindre, et c'est le sentiment opposé qui, maintes fois, s'allume sur ses cendres. Si rien ne ressemble autant à l'amour que la haine, rien ne se rapproche autant d'une admiration exaltée qu'un dénigrement systématique.

Sans doute des malades demeurent fidèles. Ce sont ceux qui, s'étant échauffés moins vite, n'éprouvent pas le besoin, pour retrouver leur équilibre, de verser dans l'extrême du sentiment contraire. Auprès des natures explosives, le médecin n'a qu'un moyen de conserver leur confiance: ne pas se presser, les écouter longuement, leur parler en termes affirmatifs que pénètre un accent de bonté. A ce prix, la constance du malade pourra être obtenue, et une reconnaissance sincère et durable le rangera au nombre de vos fidèles, une fois que la guérison sera obtenue.

BIBLIOGRAPHIE

MANUEL PRATIQUE DE LA LITHOTRITIE, par le Dr F. Cathelin, Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie, ancien chef de clinique et lauréat de la Faculté de Médecine.—VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un vol. in-8 avec 145 fig. 4 fr.

L'auteur a surtout en vue, dans cette monographie, de traiter complètement la question, tant au point de vue du diagnostic de la pierre que de l'opération elle-même et surtout des suites opératoires éloignées.

Il est curieux, en effet, que dans aucun pays et depuis près d'un demi-siècle, n'existe aucun traité didactique sur ce sujet, d'une importance capitale cependant pour tout médecin et tout chirurgien, qu'il soit spécialiste ou non. Nous pourrions même dire que cet ouvrage a été écrit pour les chirurgiens généraux éloignés de centres importants.

Richement illustré, écrit dans un style clair et châtié, particulier à l'auteur, ce livre se présente donc sous un aspect agréable, assurant son succès, d'autant mieux que l'auteur parle de choses vécues et qu'il connaît bien.

L'ouvrage est divisé en 8 grands chapitres.

Le premier donne un historique résumé, mais complet de la question.

Le second étudie les indications de la lithotritie, autrement dit le diagnostic de la pierre.

Le troisième traite à fond de l'arsenal chirurgical et de tous les détails de la technique instrumentale.

Le quatrième est consacré au mode opératoire avec toutes les minuties indispensables pour le succès de l'opération.

Les cinquième et sixième abordent la critique de la lithotritie et la comparaison avec la taille, d'ancienne mémoire, et la prostatectomie moderne.

Les deux derniers chapitres enfin renseignent sur les soins opératoires et les résultats si merveilleux qu'on est en droit de toujours obtenir.

Il serait à souhaiter que pour toute opération importante, les chirurgiens aient pour guide, non pas les 3 à 5 pages d'un gros traité encyclopédique mais des études complètes, aussi sérieusement étudiées par des compétences.

ELEMENTS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par le docteur L. Bériel, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux. Un volume in-8 carré de 564 pages, avec 232 figures dessinées par l'auteur. Prix, cartonné, 10 fr. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Les *Elements d'anatomie pathologique*, que M. Bériel présente au public médical, constituent un livre absolument et uniquement pratique, d'où sont bannis toute théorie, tout historique, toute controverse. Le médecin y trouvera immédiatement les données précises dont il a besoin à propos d'un cas déterminé, et l'étudiant tout ce qui est indispensable pour les épreuves d'anatomie pathologique du troisième examen. L'auteur, bien inspiré, a rassemblé les notions qu'il expose, non pas en suivant une classification scientifique, mais à la façon que lui conseillait l'expérience. Or, son expérience, tant comme homme de laboratoire que comme examinateur, est déjà considérable, et il en résulte que le livre est parfaitement adapté au but visé.

Convaincu que l'histologie pathologique peut fournir des lignes directrices pour l'étude des lésions. M. Bériel s'est efforcé de faire partir le lecteur des données que fournit l'analyse, pour aboutir aux lésions que nous constatons à l'œil nu.

Le plan qu'à suivi l'auteur est donc le suivant: des données d'anatomie pathologique générale constituent comme une préface, et dans les chapitres suivants sont envisagées leurs principales applications sur les divers organes ou appareils en s'attachant surtout aux lésions fréquentes.

L'étude des tumeurs est rejetée en dernière ligne, parce que plus difficile et comme bénéficiant des exposés antérieurs.

Notons enfin que M. Bériel a mis au service de son livre, et au nôtre par conséquent, son très réel talent de dessinateur. Toutes les figures illustrant l'ouvrage ont en effet été dessinées par lui, et c'est là certainement une des conditions qui en font une œuvre claire, précise, permettant d'accorder avec autant d'intérêt et de profit l'étude si active, et parfois si décourageante au début, de l'anatomie pathologique.

LA PSYCHOLOGIE DE L'ATTENTION, par M. N. Vaschide et Raymond Meunier, 1 vol. in-16 de la collection de *Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix: 3 francs. Librairie Bloud et Cie, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe).

Les auteurs ont exposé dans un récent volume de la même

collection la Pathologie de l'Attention. Ils ont essayé, dans ce nouveau volume, de poser à nouveau le problème de l'Attention sur son terrain expérimental et d'en différencier les aspects. Ils ont posé les conclusions qu'autorisaient les données expérimentales actuellement existantes sur la question.

Parmi ces données ils ont fait un choix sévère, ne retenant que celles qui semblaient caractéristiques et qui montraient un aspect nouveau de l'attention agissante.

“Ce n'est point, disent-ils dans leur introduction, une revue générale que nous avons voulu tenter: c'est une position de problème, montrant toute l'étendue d'une question qu'on a, pensons-nous, généralement trop limitée et conduisant à une théorie dynamique que chacun des faits présentés nous semble justifier. Le plan même de notre travail doit indiquer son but.”

LA VACCINOTHERAPIE, par Emm. Pozzi-Escot.—Collection.—*Les actualités chimiques et biologiques*. Tome XIII. 1910, 1 vol. in-16 avec figures. Prix: 1 fr. 50. Jules Rousset, éditeur, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Les progrès réalisés dans ces derniers temps par la bactériologie française ont doté la thérapeutique moderne d'admirables agents de guérison préventive. Parmi ces agents nouveaux, il y a lieu de citer particulièrement les Vaccins. Si le grand public connaît aujourd'hui les noms de ces merveilleux produits, il n'a sur eux que des notions assez vagues. L'auteur a eu l'excellente idée d'exposer sous une forme aussi simple que possible les faits principaux concernant l'histoire de ces produits, et de résumer dans leurs grandes lignes les progrès dont ils ont été l'objet depuis Pasteur, qui fut l'initiateur de cette nouvelle médication.

L'ouvrage est divisé en sept chapitres consacrés respectivement au vaccin antivariolique de Jenner, à la vaccination du charbon, à la vaccination anti-rabique de Pasteur, à la vaccination anti-typhique dont le point de départ se trouve dans les travaux de Chantemesse et Widal, à la vaccination antipesteuse du Docteur Yersin, à la vaccination anticholérique du Dr Koch, et enfin à la vaccination de la tuberculose.

Toutes ces questions sont traitées avec l'ampleur compatible avec le cadre de l'ouvrage. La simplicité de la forme n'exclut pas la rigueur scientifique, et à ce titre l'ouvrage intéresse non seulement le grand public, mais encore le monde médical qui lui réservera le même accueil qu'aux autres volumes de cette collection.

ETUDE CLINIQUE COMPARATIVE DE L'ENESOL CLIN ET DU DIOXYDIAMIDOARSENOBENZOL D'EHRlich (PREPARATION 606), par le Dr Rodolphe Fleckseder (*clinique médicale de Vienne*).

TRAITEMENT DE L'INFECTION MALARIENNE PAR L'ENESOL ET LE DIOXYDIAMIDOARSENOBENZOL D'EHRlich (PREPARATION 606), par le Dr Rodolphe Fleckseder, assistant de la clinique.

L'auteur de ces articles a pu observer avec la plus grande minutie un malade syphilitique mais présentant de violents accidents de paludisme. Il a observé que la réaction de Wassermann était fournie par le sang de ce malade et il a administré l'Enésol qui est un salicylarsinate de mercure, en piqûres intra-musculaires, tous les deux jours, à la dose de 2 cc. soit 0 gr. 06 de sel.

Vingt injections de ce sel ont suffi à amener une amélioration considérable. *"La fièvre coloniale, dit-il, contre les récidives de laquelle la quinine est si souvent impuissante, peut guérir complètement par l'injection intra-musculaire répétée d'Enésol; les parasites et la réaction de Wassermann disparaissent sans laisser de trace."*

Le malade se trouvant réinfecté au cours d'un séjour dans la campagne italienne où le paludisme est endémique, et présentant de nouveaux accès fébriles, Fleckseder a tenté l'application du 606 d'Ehrlich. *"Le dioxydiamidoarsenobenzol d'Ehrlich, écrit-il dans ses conclusions, a produit dans ce cas, comme dans d'autres observés par nous, une douleur très marquée, persistant souvent assez longtemps, ainsi que de l'infiltration. Le remède employé en injections intra-musculaires, n'est résorbé que très lentement."* Dans une addition ultérieure il peut constater que *"l'effet étonnant du 606 d'Ehrlich, chez notre paludéen, n'indiquait pas une guérison durable."* Il signale que cette médication arsenicale a pu modifier les accès et les espacer sans parvenir toutefois à faire disparaître aussi complètement que l'Enésol la réaction de Wassermann.

Le malade traité et observé par R. Fleckseder a fourni des renseignements précis pendant une période fort longue. Des examens du sang, des urines et des humeurs, ont été régulièrement pratiqués, les courbes de température sont des plus édifiantes et il faut penser avec cet auteur que, dans l'état actuel, un sel tel que l'Enésol est en état de rendre des services considérables, tant comme arsenical que comme hydrargyrique.

ASSOCIATION MEDICALE INTERNATIONALE POUR
AIDER A LA SUPPRESSION DE LA GUERRE ET AD-
HERER AU CONGRES QUI SE TIENDRA EN 1911.

Paris, le 10 mars 1905

Monsieur et Très Honoré Confrère,

Les horreurs de la guerre actuelle ont suggéré à quelques confrères, comme à moi, l'idée de réunir à Paris, à une date qui sera fixée ultérieurement, mais qui, vraisemblablement, coïncidera avec l'Exposition des Sports, un Congrès international de médecins qui, au nom de leur mission et de l'humanité, viendraient protester contre les conflits armés, apportant ainsi une aide puissante à l'œuvre de paix.

A cet effet, et après délibération d'un Comité d'initiative, une association s'est formée, qui a pris le titre de " Association Médicale internationale pour aider à la Suppression de la Guerre ".

Au nom du Bureau, comme en ma qualité de Président, je viens vous dire combien nous serions heureux de vous compter comme membre de notre Association qui comprend déjà, dans son Comité d'Honneur :

Albert Adankiewicz, d'Arsonval, G. Baccelli, Michel Badkevitch, Benedikt, Berthelot, Pietro Bodini, Bouchard, Bourget, Brisaud, Georges Brown, Sir J. Crichton Browne, Ramon y Cajal, Lucas Championnière, Charrin, Djemih Pacha, Ludwig Edinger, Erb, Von Esmark, Edward D. Fischer, J.-A. Fournier, Armand Gautier, Hayem, Linton Heath, Hoffa, Huchard, Joffroy, Kennelly, Landouzy, Lannelongue, Lassar, A.-J. Lebedeff, Lombroso, Sir Francis Mac-Cabe, Martini, Mendelshsohn, Nitze, C. Philipps, Pozzi, Rajenoff, Nicolas Ratchinkinski, Reclus, Auguste Reverdin, Charles Richet, Rosenthal, Roux, Sahli, Sir William Thomson, Sophus Torup, Anton Weichselbaum, Samuel West, etc., etc.

Votre appui nous sera précieux dans cette œuvre de haute humanité que nous espérons mener à bien et c'est pour cela que nous nous permettons de compter que vous ne lui refuserez pas votre adhésion.

Je vous prie d'agréer, Cher et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr J. RIVIÈRE,

Président.