

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

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

LA
REVUE MEDICALE
DU CANADA

LA REVUE MÉDICALE DU CANADA

Année 1900-01

REDACTEUR en CHEF : N. Y. BRENNAN, Professeur de gynécologie à l'université Laval et
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame à Montréal.
Ass. rédacteurs : { **PIERRE BEDARD** Sec. de la rédaction · **Z. RHEAUME**
 { **Wm. J. DEROME**

COMITE DE REDACTION.

MM. M. J. AHERN Professeur à l'université Laval et de Clinique externe à l'Hotel-Dieu à Québec ;
M. D. BROCHU, Professeur à l'université Laval et de Clinique interne à l'Hotel-Dieu à Québec ; **E. P. CHAGNON**, Professeur
agréé à l'Université Laval, ; médecin de l'hôpital Notre-Dame Montréal, **R. CHEVRIER** Ottawa ;
ERNEST DUVAL Rochester, N.H ; **J. D. GAUTHIER**, Médecin de l'hôpital Notre-Dame à Montréal ; **J. C. S. GAUTHIER**, Professeur
adjoint à l'université Laval (St-Ephrem d'Upton) ; **J. E. LABERGE**, Surintendant médical de l'hôpital civique de Montréal ;
Frs. Jos. LANGLAIS, Trois-Pistoles ; **A. LAURENDEAU** St-Gabriel de Brandon ;
L. P. NORMAND, Trois-Rivières ; **EUG. PAQUET**, St-Aubert (L'Islet) ; **A. ROUSSEAU**, Professeur agrégé
à l'université Laval et chargé d'un cours de clinique à l'Hotel-Dieu de Québec ;
L. J. O. SIROIS, St-Ferdinand d'Halifax ; **A. VALLEE**, Professeur à l'université Laval à Québec et
Surintendant médical de l'asile des Aliénés de Beauport.
Administrateur : **P. P. BOULANGER.**

VOLUME QUATRIEME

DE MONTREAL
IMPRIMERIE DE LA REVUE MÉDICALE DU CANADA

1051 — rue Saint-Denis — 1051

1901

A NOS LECTEURS

Nous commençons aujourd'hui notre quatrième année d'existence, et dans le solide appui que nos nombreux souscripteurs et nos dévoués collaborateurs nous ont offert par le passé et sur lequel nous comptons pour l'avenir, nous puisons des forces pour une longue vie. Et nous voulons vivre pour le praticien, pour lui rendre en utiles renseignements et en saine science une partie de la confiance qu'il nous a toujours montrée et qu'il continuera à nous manifester, nous en sommes persuadés, tant que nous marcherons dans la bonne voie que nous nous sommes tracée.

Comme par le passé, nos pages seront à la disposition de tous pour y insérer leur expérience, les fruits de leurs travaux, leurs griefs, leurs suggestions, leurs opinions. Nous laissons à chacun la responsabilité de ses écrits; chacun conservera son individualité. Ayant émis en principe l'absolue indépendance et la rigide impartialité de la *Revue*, nulle question qui pourra intéresser utilement et honorablement la profession médicale ne sera bannie de nos colonnes. "Du choc des idées naît la lumière": nous devons donc respecter les opinions d'autrui. Nous devons défendre la liberté de la presse médicale.

Nous sollicitons, donc, de nos lecteurs, de la saine correspondance. Ce n'est pas en grommelant au fond de son cabinet que l'on se rend utile et que l'on améliore une mauvaise position; c'est en réfléchissant et en exposant ouvertement, avec franchise, sa manière de voir. Un bon but, de l'honnêteté, de l'indépendance, voilà les points.

Afin d'être plus utiles à nos lecteurs nous opérons cette année certains changements.

M. M. les Drs Bédard et Dérome acceptent la charge d'assistants-rédacteurs, et M. le Dr Rhéaume, celle de secrétaire; nos collaborateurs actifs seront plus nombreux et ainsi nous pourrions promettre encore plus de matière scientifique que par le passé. Afin de mieux se prêter à cette augmentation du texte, nous changerons un peu le format de la *Revue* pour donner plus d'espace. Nos lecteurs apprécieront et seconderont, nous le savons, nos efforts pour leur être utiles.

Nous remercions bien sincèrement tous nos lecteurs de leur généreux encouragement et des bienveillants conseils qu'ils nous ont donnés, et nous espérons mériter cette année, encore plus que jamais, leur appui et leur confiance.

Nous sommes assurés que tous et chacun de nos nombreux lecteurs seront contents de nous recevoir chaque semaine avec notre petite ceuillette de bonnes choses, utiles et pratiques, et que la "*Revue Médicale*" étant toujours à la main, ils la consulteront journalièrement avec fruit et plaisir.

Travaux Originaux

Note sur la gasoline en chirurgie.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Le docteur L. Riordan, de Toronto, aurait obtenu de bons effets par l'emploi de la gasoline comme *détersif* dans les traumatismes. Son action est prompte, antiseptique et non irritante; la gasoline pénétrerait profondément dans la peau, dans les glandes sébacées et dans les follicules pileux. Dans le pansement des plaies elle serait très utile, permettant d'enlever facilement les pansements adhérents et nettoyant bien la plaie.

Nous pouvons ajouter à ceci que depuis huit ou dix ans nous avons essayé, à différentes reprises, la gasoline dans le traitement du *cancer utérin* et cela assez longtemps dans chaque cas pour bien juger de ses effets. Elle n'a eu aucun effet avantageux ni sur la marche de la maladie, ni sur la douleur; elle a cependant bien détergé le néoplasme, contr. buant ainsi à faire disparaître l'odeur; elle n'a eu que très peu d'effet sur les hémorrhagies.

Nous l'avons employée aussi dans la *blennorrhagie aiguë et chronique* avec "un semblant" de bon résultat. Nous y reviendrons plus tard.

Le cathétérisme et le lavage de la vessie chez la femme.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Le cathétérisme. — Le docteur Kelly, de Baltimore revient sur ce sujet dans un des numéros du *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, en qualifiant cette petite opération d'*opération majeure*. Nous sommes heureux de profiter de la circonstance pour répéter les conseils de Kelly et réitérer ce que nous disons souvent sur l'absolue nécessité pour le médecin et la garde-malade de saisir l'importance d'un cathétérisme bien fait et les graves inconvénients qui résultent de celui qui est pratiqué sans les soins voulus.

Malgré les précautions que nous prenons, nous savons comme sont fréquentes les infections produites par le cathétérisme; il est donc du devoir du praticien de veiller tout particulièrement à ce que cette petite opération soit faite le mieux possible. Comme il est impossible au médecin de toujours cathétériser ses malades, cette office incombe à la garde-malade, et c'est ici que le

médecin doit exiger toutes les précautions et ne se servir que d'une infirmière bien consciencieuse qui exécutera à la lettre les indications données. Une infirmière a dû apprendre à pratiquer le cathétérisme avec la plus grande exactitude en suivant toutes les minuties de la technique, sans en excepter une seule.

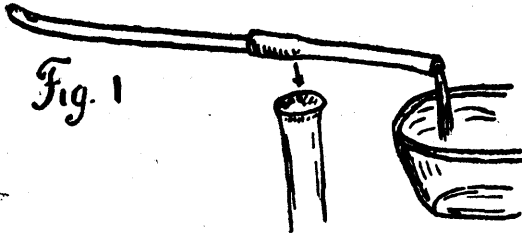


Fig. 1. (Imitée de Kelly) Montre le cathéter, dont le bout périphérique est protégé par le manchon de caoutchouc et le tube à réactif prêt à recevoir l'urine non contaminée, après l'enlèvement du tube en caoutchouc.

1° Il faut employer un cathéter aseptique ; et un seul et même cathéter pour une même patiente. Celui en verre, préconisé par Kelly, est le meilleur. On le stérilise en le faisant bouillir dix ou quinze minutes dans une solution de soda, ou une solution antiseptique, avant et après chaque cathétérisme. Dans l'intervalle on le conserve, stérilisé, dans un flacon numéroté à large goulot au fond duquel on a mis un peu de coton hydrophile et que l'on remplit d'une solution d'acide carbolique, 5%. — ou de sublimé au 1/1000 ou 1/500.

2° La patiente doit être mise dans une position convenable pour être à l'aise, et pour permettre à la garde de bien exposer le méat urinaire. Celle-ci pourra glisser un vase de nuit sous la patiente. Pour recueillir l'urine on se sert de réceptacles propres.

3° Lorsque tout est prêt, la garde se lave et se brosse soigneusement les mains et nettoie bien, avec un tampon de coton hydrophile stérilisé tenu avec une pince aseptique, le méat et son pourtour.

4° Elle met sur le pouce et sur l'index de la main droite un doigtier stérile (fig. 2) ; puis elle saisit par l'extrémité externe le cathéter, l'enlève du flacon et le rince dans de l'eau pure stérile. Elle a bien soin de ne pas toucher au bout qui doit pénétrer dans la vessie.

5° L'introduction doit se faire bien doucement, et l'enlèvement de même, le pouce ou l'index fermant extrémité de l'instrument.

6° Le cathéter enlevé, le méat est de nouveau essuyé avec un tampon aseptique.

Kelly fait la remarque que lorsque la personne est cathétérisée dans le décubitus dorsal la vessie ne se vide jamais complètement et que s'il y a de la cystite, il vaut mieux, séance tenante, faire un lavage de l'organe ; pour

ce faire, employer un cathéter à courbure vésicale prononcée, et à la fin de l'irrigation tourner le bec en bas vers le bas-fond de la vessie ; ainsi tout sédiment s'échappe au dehors.

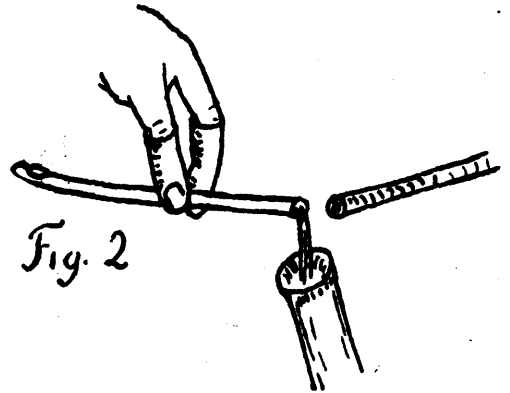


Fig. 2 (Imitée de Kelly). Le tube en caoutchouc est détaché du cathéter tenu entre le pouce et l'index du médecin, recouverts de doigts, et l'urine coule dans le tube à réactif stérilisé.

Pour obtenir de l'urine non-contaminée, soit de la vessie soit de l'uretère, pour étude bactériologique, Kelly conseille de recouvrir l'extrémité périphérique du cathéter avec un manchon stérile en caoutchouc qui la déborde d'une couple de pouces (fig. 1). On laisse s'écouler l'urine pendant une ou deux secondes, puis on enlève le tube en caoutchouc (fig. 2), et on recueille l'urine dans un tube à réactif stérilisé. Le moyen est bon, mais nous perdons la première partie de l'urine ; c'est vrai que souvent ceci a peu ou pas d'importance.

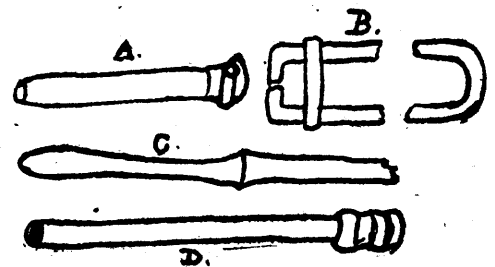


Fig. 3

Fig 3 — Instrument pour lavage de la vessie sans sonde. A canule à demeure et son manche, 2 mobile dans l'andouille a ; C. manévrin pour l'introduction de la canule à demeure ; D. canule irrigatrice entrant à frottement doux dans la canule à demeure A, et s'adaptant au tube du bock-laveur.

Nous ne pouvons trop insister sur la contamination de la vessie provenant d'un urètre ou d'un méat infecté. Bien souvent à la suite d'une opération ou à la suite de couches surtout, nous voyons survenir une irritation vésicale et une cystite, malgré que toutes les précautions aient été

prises pendant le cathétérisme. Alors c'est que l'urètre ou le méat était infecté. Dans nos cours et ailleurs (Leçons aux infirmières de l'hôpital Notre-Dame — Désordres urinaires, Revue Médicale, juillet 5, 1899), nous avons conseillé fortement dans ces cas, avant le cathétérisme, les *injections rétrogrades de l'urètre*.

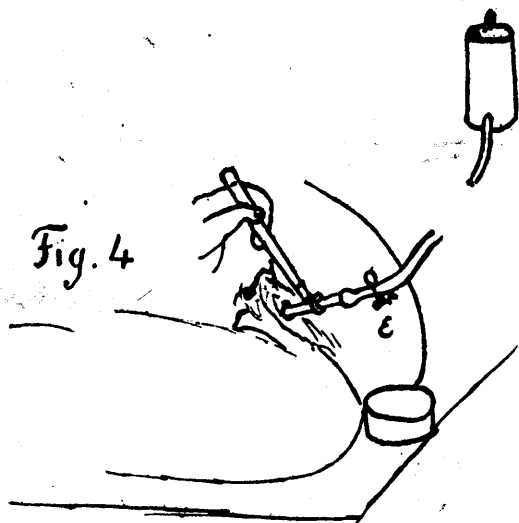


Fig 4 — La canule irrigatrice est glissée dans la canule à demeure et l'injection se fait.

On fait usage d'un cathéter à *boule conique* à jet rétrograde, poussant vigoureusement l'injection à mesure que l'on introduit l'instrument. De cette façon, il n'a à que peu de danger de faire pénétrer des germes dans la vessie, et on nettoie bien le canal de l'urètre. La forme nettement conique de la boule du cathéter n'a pas de tendance à pousser le pus et les germes vers le col de la vessie, et l'épaule prononcée exerce une certaine succion, vers le méat urinaire. Le jet rétrograde, poussé avec force, active cette succion, déplisse et déterge le conduit. Les injections rétrogrades sont faites avec une solution boricée, picriquée, ou de nitrate d'argent. — L'injection rétrograde terminée, on nettoie à nouveau le méat et on procède au cathétérisme comme à l'ordinaire.

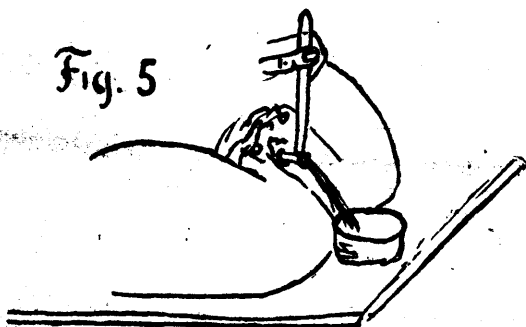


Fig 5 — La canule irrigatrice est enlevée et la canule à demeure abaissée pour laisser écouler le liquide de l'injection.

Pour éviter tout ennui et toute chance d'infection, nous conseillons, qu'en *prévision d'un cathétérisme*, le médecin doit toujours examiner, longtemps à l'avance si possible et à plusieurs reprises, chaque malade, afin de constater s'il existe des lésions au méat ou à l'urètre. Si la chose est le moins faisable ces maladies devront être enrayées avant de soumettre la femme au cathétérisme. Nous insistons sur le fait que toute femme enceinte devrait être soigneusement observée sous ce rapport ; on prévient souvent, en prenant ces précautions, nous en sommes convaincus par l'expérience, mainte infection pelvienne post-partum.



Fig. 6

Dans certaines études sur les maladies de l'urètre, nous avons utilisé le moyen suivant, très simple, pour recueillir les premières gouttes d'urine passées et qui contiennent les sécrétions de l'urètre. Nous stérilisons très minutieusement l'urètre et son pourtour, et pour recevoir l'urine nous employons de longs tubes étroits (1 centimètre et moins) stérilisés, munis d'une petite ouverture latérale pour l'issue de l'air (fig. 6). Le tube est appliqué directement et fermement sur l'orifice urinaire et reçoit les premières gouttes excrétées.

Le lavage. — C'est encore pour prévenir l'infection introduite du dehors et pour éviter le contact d'un corps étranger, toujours un peu irritant, avec la muqueuse vésicale malade que nous pratiquons toujours — à moins d'une indication bien spéciale — le lavage de la vessie sans sonde introduite directement dans l'organe et pouvant venir en contact avec ses parois. Nous employons un instrument bien simple et très facile à manier, imitant celui de Lavaux (fig. 3). Après désinfection comme pour le cathétérisme, la canule à demeure (fig. 3 A) est introduite sur son mandrin (fig. 3 C) ; celui-ci est retiré et l'urine s'écoule. Nous adaptons alors, à frottement doux, la canule irrigatrice (fig. 3 D) et nous lais-

sons couler dans la vessie, réglant le débit par la pince de Mohr (fig. 4 E), le liquide destiné à l'irrigation, fourni par une seringue-fontaine. Aussitôt que la patiente éprouve le besoin d'uriner, nous pinçons le tube et nous attendons une minute environ ; puis après avoir retiré la canule irrigatrice, nous laissons écouler par la canule à demeure, le contenu de la vessie (fig. 5). Nous répétons ces lavages le nombre de fois — 4 ou 5 — voulues. En agissant ainsi 1° nous n'introduisons aucun instrument profondément dans la cavité vésicale ; 2° nous réglons parfaitement la pression que la vessie a à subir ; 3° nous faisons en quelque sorte la leçon à la vessie ; nous augmentons progressivement sa capacité et sa tolérance sans l'irriter ; 4° la canule à demeure évite toute irritation de l'urètre par les injections répétées.

Nous concluons :

1° Qu'il faut user des plus grandes précautions pendant le cathétérisme, et en assurer la plus parfaite asepsie.

2° Qu'il faut soigneusement rechercher et guérir toute maladie de l'urètre ou du méat avant de soumettre une femme au cathétérisme.

3° Que les lavages de la vessie doivent être faits aseptiquement et sans sonde, utilisant la pression atmosphérique graduée.

4° Ne confier ces opérations qu'à une garde-malade compétente et la laquelle on peut se fier.

200 rue Saint-Hubert, Montréal.

Coq-à-l'âne médicaux.

Le diagnostic de l'amblyopie nicotinique par l'usage des nitrites. — Le docteur Parker, de Détroit, dit que les nitrites (nitroglycérine, nitrite de potasse, de soude) produisent une amélioration temporaire de la vision dans l'amblyopie due au tabac.

Diminution dans les naissances aux Etats-Unis. — Le rapport annuel du médecin officier de santé de Springfield, O. montre que pour une population de 45,000 il n'y a que 718 naissances dans l'année. 216 des ces naissances appartiennent aux 1075 familles catholiques et il n'y a que 502 pour le reste de la population. Chiffres et religion parlent !

Le crépitus dans les calculs du foie. — Dans l'*International Medical Magazine*, le docteur J. M. Anders rappelle la valeur de ce signe dans le diagnostic des

calculs renfermés dans la vésicule biliaire. Pour obtenir ce crépitus produit par la friction des calculs les uns sur les autres, il faut placer le patient dans le décubitus dorsal, les cuisses flechies sur l'abdomen. On palpe alors la vésicule de bas en haut et au besoin on fait faire de longues inspirations au malade. On peut combiner l'auscultation à la palpation.

Le traitement de la gonorrhée par le bleu de méthylène. — Le docteur O'Neill avance le fait que la blennorrhagie est guérie dans cinq ou six jours par l'usage interne du bleu de méthylène, dans des capsules de gélatine, à la dose de un grain, trois ou quatre fois par jour. Combiné à l'huile de muscade, 2 gouttes, l'irritation vésicale serait prévenue. Cesser le traitement après 10 jours. Prendre de l'eau abondamment pendant le traitement. (*Med. Record*).

Nouveau traitement de l'épithéliome cutané. — Le docteur Moreau, de Toulouse, préconise des applications d'ammoniol à la suite de l'ignipuncture profonde. L'ammoniol est un puissant antiseptique composé ; c'est une solution de sulfate de cuivre ammoniacal, d'acétate de plomb, de chlorure de sodium, dans de l'eau légèrement acidifiée, à laquelle on ajoute des teintures végétales, l'eucalyptus, le thuya et le menthol. Le docteur procède ainsi : il fait deux séances d'ignipuncture profonde à 15 jours d'intervalle. Les 3 premiers jours après chaque séance d'ignipuncture, il fait tenir des compresses d'ammoniol à 4°/o ; les autres jours il fait 4 applications d'une solution à 10°/o. La cicatrisation est très rapide et est complétée 15 jours après la seconde séance d'ignipuncture. (*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

Iodoforme. — On dit que quelques gouttes d'ichtyol mélangées à une drachme d'iodoforme en fait disparaître l'odeur désagréable.

NIBB.

Revue des journaux

MÉDECINE

Le signe de Musset.

M. Armand Delpench décrit un nouveau signe de l'insuffisance aortique, les secousses rythmées de la tête. Ce sont des secousses régulières, des oscillations

antéro-postérieures brusques, parfaitement isochrones aux pulsations radiales.

Chez un de ses malades, l'aspect était caractéristique. Comme le pouls ne dépassait pas 60 pulsations par seconde, la tête de cet homme battait, en quelque sorte, la seconde avec la régularité d'une pendule. Ce qui, dit M. Delpeuch, évoquait immédiatement l'image d'une enseigne bien connue des Parisiens, où l'on voit un nègre qui porte un cadran sur le ventre et salue chaque seconde d'une inclinaison de tête.

M. Delpeuch propose d'appeler ce nouveau signe aortique "le signe de Musset". Voici pourquoi, et ce n'est pas la partie la moins curieuse de son article.

Dans la biographie d'Alfred de Musset par son frère Paul, on lit le passage suivant : "Un matin du mois de mars 1842, pendant le déjeuner, je m'aperçus que mon frère, à chaque battement du pouls, éprouvait un petit hochement de tête involontaire. Il nous demanda pourquoi nous le regardions d'un air étonné, ma mère et moi. Nous lui fîmes part de notre observation : "Je ne croyais pas, nous répondit-il, que cela fût visible ; mais je vais vous rassurer." Il se pressa la nuque, je ne sais comment, avec l'index et le pouce, et, au bout d'un moment, la tête cessa de marquer les pulsations du sang. Nous nous rassurâmes par ignorance, car nous venions de remarquer le premier symptôme d'une affection grave à laquelle il devait succomber quinze ans plus tard."

Et cette affection, comme nous l'apprend quelques pages plus loin Paul de Musset, était "une altération des valvules aortiques."

(*Presse méd. — Gaz. des hôp.*)

Erythème scarlatiniforme du aux injections sous-cutanées de cacodylate de soude.

Par M. BRETON (de Dijon), ancien interne des hôpitaux.

Depuis les publications des professeurs A. Gautier et Renau, nous avons employé le cacodylate de soude chez un grand nombre de malades, tuberculeux, anémiques, débilités, convalescents de maladies graves. Jusqu'ici nous n'avions relevé aucun méfait dû à l'administration du médicament ; soit qu'il fût pris par le tube digestif, soit qu'il fût administré par la voie hypodermique, la tolérance était toujours absolue.

Le fait suivant est le premier où le cacodylate ait déterminé des accidents.

Nous avons en traitement à l'hôpital, salle Eudes-III, un homme de trente-huit ans, atteint de tuberculose pulmonaire droite au début. Comme à d'autres malades nous lui prescrivons tous les cinq jours une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'une solution rigoureusement titrée et stérilisée de cacodylate de soude dosée à 0g30 par centimètre cube. Alors que les autres

malades tolèrent parfaitement le médicament, cet homme est pris dès la première injection d'un érythème scarlatiniforme généralisé. Pour bien déterminer l'action du cacodylate de soude, nous avons persisté dans le traitement. Après chaque injection, il s'est produit une poussée d'érythème.

Voici comment les choses se passent. L'injection étant faite le soir, le malade est pris pendant la nuit suivante de malaise général, de sensation de chaleur et de brûlure à la peau provoquant l'insomnie. Un prurit très désagréable contraint le malade à se gratter et détermine de l'agitation.

Douze à quatorze heures après l'injection, faisant suite à ces prodromes, paraît l'érythème.

D'aspect scarlatiniforme, il est généralisé, accusé surtout aux zones de pression, telles que le dos, les épaules, les fesses. La rougeur s'efface sous la pression digitale et reparait sitôt qu'elle cesse. L'apyrexie est absolue. Rien d'anormal du côté des muqueuses ; urines normales, pas de constipation. Le malade perd un peu l'appétit mais n'a aucun goût caractéristique dans la bouche. Le maximum d'intensité de l'éruption se fait dans la journée qui suit l'injection. Trente-six heures après, l'érythème pâlit et disparaît le troisième jour sans laisser de traces.

La peau reprend sa coloration normale. Il n'y a pas de desquamation.

Il s'agit certainement d'une idiosyncrasie, mais il est bon de la signaler puisque le cacodylate de soude est employé dans certaines dermatoses. On ne peut, en effet, incriminer ni la pureté de la solution, ni les précautions antiseptiques, puisque, seul sur un grand nombre de malades traités, ce malade a présenté cet érythème.

Ce cas vient donc s'ajouter à ceux qu'a publiés M. Balzer, où une dermatite exfoliatrice se produisit à la suite de l'administration de cacodylate de soude.

(*Gaz. des hôp.*)

Un signe précoce de la rougeole.

Par M. GRIPAT (d'Angers)

Lorsqu'on recherche la rougeole, il est banal d'examiner de très près les muqueuses, où l'éruption apparaît tout d'abord, et particulièrement les yeux, pour trouver l'éruption conjonctivale. Mais M. Gripat a constaté que c'est la partie palpébrale inférieure qui est prise tout d'abord, avant la partie oculaire. La caroncule est toujours rouge avant la conjonctive qui recouvre la sclérotique. En faisant porter le regard de l'enfant en dehors, on constate que la dite caroncule fait une tache rouge et qu'elle est plus saillante qu'à l'état normal, parce qu'elle a augmenté d'épaisseur.

De plus, si on regarde l'enfant de face, on s'aperçoit bien souvent que le bord de la paupière inférieure est

liséré d'un mince filet rouge qui tranche sur la blancheur du globe oculaire. Cela tient à ce que la conjonctive tuméfiée de la paupière inférieure s'est allongée et vient déborder derrière les glandes de Meibomius, comme fait la doublure d'un vêtement plus long que l'étoffe. Le liséré rouge donne à l'œil de l'enfant un aspect plus brillant et plus vif que de coutume. Grâce à ce signe, il serait parfois très facile de faire le diagnostic à distance.

(Arch. méd. d'Angers — Gaz. des hôp.)

CHIRURGIE

De la gastrostomie.

M. Segond estime que la gastrostomie, comme on le conseille à juste titre, doit être subordonnée à trois conditions : opérer vite, faire la bouche stomacale la plus petite possible, pratiquer le plus près du cardia. Dans la plupart de ses gastrostomies M. Segond s'est efforcé de se conformer à cette pratique sur laquelle il n'a pas l'intention de s'étendre aujourd'hui, car il ne veut communiquer qu'un fait, présentant un triple intérêt puisqu'il est une preuve de l'action du suc gastrique sur la bouche cutané-muqueuse et d'une guérison durable après rétraction cicatricielle.

En septembre 1884, entra dans le service de M. Segond une femme atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage, consécutif à un abcès péri-œsophagien. La gastrostomie n'étant pas encore entrée dans la chirurgie courante, M. Segond demanda quelques conseils à M. Farabeuf, qui recommanda d'ouvrir l'estomac près du cardia et de ne faire qu'une petite ouverture. L'opération eut lieu et très probablement la boutonnière a dû être pratiquée trop largement, car on a eu à lutter pendant quelques mois contre la digestion des téguments. Mais en même temps on a remarqué que l'orifice cutané-muqueux ne présentait aucune irritation, lorsque la malade digérait bien, et qu'au contraire, il s'entourait d'ulcérations lorsqu'une période de dyspepsie apparaissait. Ces accidents ne furent que momentanés, la rétraction cicatricielle s'est peu à peu effectuée, sans que l'écoulement ait reparu par la fistule, et la malade est restée guérie et actuellement bien portante depuis 15 ans et 8 mois.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine.

M. Tuffier estime que lorsqu'il y a une grande abondance de sang épanché dans la cavité pelvienne, il est de bonne précaution, avant de placer la malade dans la

position de Trendelenburg, de garnir le petit bassin pour empêcher le liquide de se diffuser.

Quant à la question du drainage, M. Tuffier, a essayé les différents modes usités, le Mikulicz et tous les drains. Il a rejeté le Mikulicz et ne se sert plus que de drains en métal entourés de gaze. Quant au drainage par la voie vaginale, il peut être avantageux pour cette raison qu'on évite les hernies abdominales, que l'on observe quelquefois après un drainage hypogastrique prolongé.

M. Delbet distingue les cas où la grossesse est peu avancée et où la rupture est récente. Dans ces cas, on enlève le sang et les annexes et il est inutile de drainer. Si, au contraire, la grossesse s'est rompue tardivement et s'il y a infection, le drainage s'impose.

M. Routier fait remarquer que dans les cas d'inondation péritonéale le sang est tellement répandu en différents endroits que la précaution de garnir le petit bassin lui paraît illusoire. Le mieux est de chercher à l'éponger le plus complètement possible. Pour le drainage, que M. Routier fait avec des drains et non à la Mikulicz il est préférable de le faire par la voie vaginale, sans crainte de l'infection ascendante, qui est bien rare.

On a conseillé, pour remonter les malades, de faire d'abord une injection de sérum. M. Routier croit que c'est une pratique dangereuse, car il fait perdre du temps et en plus le sérum, en augmentant la tension artérielle, peut aggraver l'hémorrhagie.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

OBSTÉTRIQUE

Kyste dermoïde compliquant la grossesse.

M. Quénu. — Femme de 22 ans, primipare, vue pour la première fois par M. Quénu 3 mois après la suppression de ses règles. À côté de l'utérus on trouve une masse de consistance un peu molle. Le doigt la déprime comme de la cire. M. Quénu pense à l'existence d'un kyste dermoïde et conseille l'intervention. M. Pinard, consulté, est aussi de cet avis. La malade refuse l'opération. Elle consulte quelque temps après, à Moscou, où on lui aurait conseillé d'attendre le 6e mois de sa grossesse avant de se faire opérer. C'est vers cette époque que M. Quénu pratiqua la laparotomie. L'opération fut très simple et d'une extrême rapidité. Il s'écoula, montre en main, — 5 minutes entre l'ouverture et la fermeture du péritoine. Cette opération ne fut accompagnée d'aucun traumatisme de l'utérus, elle ne fut suivie d'aucune inflammation septique, et malgré cela l'opérée fut prise, environ 12 heures après, de colique, et avorta au bout de 30 heures. On a fait à cette femme, immédiatement avant l'opération, une piqûre de morphine d'un centigramme. Dès l'apparition des premières coliques, on lui

refit des piqûres de morphine (en tout 2 centigr. 1/2) et on lui donna, en outre, un lavement contenant 30 gouttes de laudanum.

M. Quénu se demande s'il a eu tort ou raison d'opérer cette femme.

M. Pinard dit que tout kyste de l'ovaire diagnostiqué chez une femme enceinte doit être opéré, — quels que soient, d'ailleurs, le volume et la nature de ce kyste, et quel que soit l'âge de la grossesse. M. Pinard regrette que la femme dont parle M. Quénu n'ait pas été opérée plus tôt. Il insiste, d'autre part, sur la nécessité qu'il y a à recourir aux injections de morphine après l'opération, et cela d'une façon prophylactique, sans attendre, pour les faire l'apparition des premières douleurs.

M. Terrier rapporte l'histoire d'une femme enceinte de 5-6 mois, chez laquelle il diagnostiqua un kyste de l'ovaire uniloculaire. Ce kyste avait un volume assez considérable : il le vida par ponction. La femme accoucha normalement, à terme, et fut opérée ultérieurement.

M. Terrier n'a pas, dans la morphine, la confiance qu'a M. Pinard ; il lui reproche, dans certains cas, de produire des vomissements.

M. Pinard se déclare l'adversaire de la ponction qu'il a vue, dans certains cas, suivie d'accidents. Dans un cas la femme est morte. Pour ce qui est des vomissements, la femme enceinte les supporte d'une façon remarquable. Chez certaines femmes enceintes, atteintes de vomissements incoercibles, on serait parfois bien heureux de voir se produire l'avortement et ce dernier ne survient cependant pas. M. Pinard a grande confiance dans les injections de morphine et recommande de les faire à haute dose.

M. Pozzi a vu des cas où des accidents commençants de péritonite n'ont pas amené l'interruption de la grossesse. Il préfère la laparotomie à la ponction et recommande de faire de très grandes incisions. Le danger réside dans la longueur des manœuvres et les pressions exercées sur l'utérus.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des gastralgies.

Les gastralgies vraies s'observent :

- 1° Dans la dilation de l'estomac, avec fermentations excessives.
- 2° Dans l'hyperchlorhydrie et l'ulcère de l'estomac.
- 3° Dans le cancer.

Dans toutes ces conditions en dehors du traitement de la maladie elle-même s'impose le traitement de l'élément douleur.

Ne pas confondre la gastralgie avec les douleurs pseudo-gastralgiques, observées dans le tabes ; les coli-

ques hépatiques, et néphrétiques, intestinales, les crises de rein flottant, étudiées dans ce journal, les hernies de la ligne blanche avec phénomènes douloureux, l'urémie gastrique, l'angine de poitrine pseudo-gastralgique.

Une fois la nature de la gastralgie déterminée, on peut agir par des agents externes ou des médicaments donnés à l'intérieur.

Moyens externes. — Le vésicatoire pansé à la morphine est un des agents de la méthode révulsive les plus employés et les efficaces. Les pointes de feu, le cautère à demeure, peuvent rendre des services ; ainsi en est-il des pulvérisations d'éther, de chlorure de méthyle, du stypage, des pommades et des liniments au chloroforme, à l'essence de térébenthine, les applications glacées, etc., des emplâtres à la belladone et à ciguë, à l'opium.

Moyens internes. — Peter prescrivait au moment des repas ou des crises, le paquet suivant :

Opium brut..... 0.02
S.-nitrate de bismuth..... 2 g.

La morphine peut être donnée d'après cette formule :

Morphine..... 0.05 cent.
Eau distillée..... 100 gr.

Cinq ou six cuillerées à café par 24 heures au moment des crises.

On peut administrer la potion suivante ;

Eau chloroformée saturée..... 60 gr.
Chlorhydrate de cocaïne..... 0.10 cent.
Sirop de morphine..... 30 gr.

Par cuillerée à dessert au moment des crises.

Chlorhydrate de cocaïne.... 0.10 cent.
Acide phénique déliquescent.... 0.30 cent.
Gouttes noires anglaises..... 2 gr
Eau distillée..... 3 gr.

Cinq à six gouttes du mélange dans un peu d'eau pendant les douleurs.

G. Sée a vanté le Cannabis indica.

Extrait mou de Cannabis indica. 0.05 cent.
Julep gommeux..... 100 gr.

Par cuillerée à bouche au moment des crises à une heure d'intervalle.

Le condurango constitue un très bon calmant surtout dans les douleurs gastralgiques des cancéreux.

(Gaz. de gynécologie — Gaz. méd. belge)

Maladies veneriennes

Formes cliniques de la syphilis rénale.

Par M. DELAMARE.

S'il est une lésion spécifique la syphilis rénale, il n'est pas un symptôme qui lui soit propre. Sa traduc-

tion clinique, impersonnelle dans ses signes, est variable dans ses modes évolutifs : toujours banale, tantôt elle apparaît néphrite aiguë, subaiguë ou chronique, tantôt elle demeure néphropathie latente.

Tandis que les néphrites aiguës et subaiguës sont le partage presque exclusif de la syphilis jeune, les néphrites chroniques ou latentes sont davantage le fait de la syphilis tertiaire. Dans l'hérédosyphilis, prédominent les formes latentes et subaiguës. Il va sans dire que cette proposition n'exprime, sous une forme peut-être trop schématique, qu'un simple rapport de fréquence. L'étude clinique des accidents rénaux à chacune des périodes de la vérole va d'ailleurs nous montrer les exceptions que comporte cette formule générale de la fréquence proportionnelle des divers types évolutifs.

a. ACCIDENTS RÉNAUX DE LA PÉRIODE SECONDAIRE.

— Suivant le mot du professeur Fournier, des accidents rénaux de nature spécifique peuvent survenir " au seuil même de la période secondaire ". Leur précocité peut être très grande puisque, sur 26 cas personnels ou recueillis dans la littérature, le même auteur en voit 11 apparaître dès le deuxième mois de l'infection. Ils s'observent encore durant tout le cours de la période secondaire, soit les trois premières années de l'infection spécifique. A ce propos, il est assez curieux de noter que certains auteurs, Wagner, Négel entre autres, dont les travaux font autorité en matière de syphilis rénale, assignent une durée vraiment extraordinaire à cette période puisqu'ils décrivent comme néphrites secondaires des néphrites survenues huit ou neuf ans après le chancre.

Les accidents rénaux secondaires se montrent habituellement sous la forme d'une néphrite aiguë ou subaiguë ; plus rarement, ils apparaissent sous les traits d'une néphrite chronique et parfois encore, ils demeurent latents ; soit quatre formes cliniques.

Néphrite aiguë ou subaiguë. — Aiguë ou subaiguë, la néphrite syphilitique rappelle, traits pour traits, la néphrite scarlatineuse.

Fébrile ou non, elle s'annonce par de la céphalée, de la rachialgie ou par des œdèmes souvent partiels, limités soit aux malléoles soit au scrotum, à la verge, aux paupières ou encore à la lèvre. L'oligurie est la règle. Presque d'emblée, l'albuminurie est considérable, on trouve 8 à 26 grammes d'albumine par litre d'urine. Dans un cas observé par Fournier et Brouardel, il y avait jusqu'à 110 grammes d'albumine chaque jour. Cette albuminurie augmente à chaque poussée éruptive (Chauffard). Dans la néphrite syphilitique que j'ai pu observer, j'ai trouvé que l'urine contenait uniquement de la globuline. La première posée donna 7 grammes d'albumine-globuline par litre d'urine (2 litres par vingt-quatre heures) ; la deuxième, 10gr25 d'albumine-globuline par litre d'urine (1 700 grammes d'urine par vingt-quatre heures) ; la troisième, 10 grammes par litre.

Dans une des néphrite parasymphilitiques que j'ai vues, j'ai trouvé 6 grammes d'albumine par litre avec 1890 centimètres cubes d'urine par vingt quatre heures. La proportion de la globuline était plus considérable que celle de la sérine : 3 grammes de globuline pour 2 grammes de sérine.

Dans l'urine, Darier a trouvé des globules rouges et des leucocytes, des cellules épithéliales altérées et des cylindres. Ces cylindres peuvent être hématiques, muqueux, épithéliaux ou granuleux. Suivant M. Chauffard, il n'y aurait généralement pas d'hypertrophie ventriculaire, de bruit de galop ni d'hypertension artérielle.

Dans une néphrite syphilitique subaiguë, j'ai pu entendre un bruit de galop persistant. J'ai également rencontré ce signe une fois sur deux néphrites parasymphilitiques.

Le professeur Fournier insiste sur " la rapidité singulière de l'évolution " et sur " l'échéance singulièrement précoce des accidents urémiques " souvent mortels.

La mort survient encore par asystolie, œdème glottique ou complications pulmonaires, dit Darier.

Lorsqu'elle guérit, cette néphrite laisse souvent une albuminurie, longtemps persistente. Est-elle sans gravité et l'indice d'une simple dissociation des actes morbides du rein ? N'est-ce pas plutôt, malgré l'absence de troubles fonctionnels, l'indice du passage à la chronicité latente ?

Tout récemment, M. Widal et M. Bernard ont exploré la perméabilité rénale dans deux néphrites subaiguës de la période secondaire, au moyen de l'injection sous-cutanée de bleu de méthylène. Et, conformément à la règle posée par M. Bard, ils n'ont trouvé aucune anomalie de la perméabilité.

J'ai pu pratiquer cette épreuve dans une néphrite syphilitique subaiguë et dans deux néphrites parasymphilitiques. Dans la néphrite syphilitique, la perméabilité rénale fut explorée deux fois, à quarante-sept jours d'intervalle : la première fois, le bleu n'apparaît que deux heures après l'injection, c'est la seule anomalie observée ; la seconde fois, le bleu apparaît une heure et demie après l'injection et, à la quinzième heure, il y a absence de toute élimination.

(à suivre)

FORMULAIRE

Pour l'administration de l'huile d'olive.

Menthol..... 0g25 centigr.
Cognac..... 15 grammes.

Mélez avec deux jaunes d'œufs.

Ajoutez ensuite :

Huile d'olive..... 100 grammes.

(Gazz. degli osped.)

Le docteur Norbert Fafard.

C'est avec une profonde tristesse que nous avons appris la mort si prompte, si inattendue du docteur Fafard. Dimanche matin, le 15, sans avertissement il a été cruellement foudroyé par une hémorragie cérébrale. Ce brave citoyen, ce distingué médecin, ce dévoué professeur, cet homme, type de la bienveillance, de l'affabilité, de l'honnêteté n'est plus !

Il avait 52 ans. Le Dr Norbert Fafard est né à Ste Geneviève, dans le comté de Jacques-Cartier, en 1848. Il termina ses études classiques au collège de Montréal en 1869. En 1873, il fut reçu docteur en médecine à l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, où il avait fait son cours. Lors de la fondation de l'université Laval à Montréal le docteur Fafard fut nommé professeur de chimie et de toxicologie, chaire qu'il occupait encore au moment de sa mort. Il fut un des membres fondateurs de l'hôpital Notre Dame dont il est demeuré un des médecins consultants.

L'université, par la mort du docteur Fafard, subit une sériuse perte qu'il lui sera bien difficile de combler. L'enseignement perd un distingué professeur et les élèves un excellent et sympathique maître. Le docteur Fafard, par sa modestie et son affabilité, était aimé de tous, malades, confrères et élèves. Bien des pauvres malades ressentiront vivement l'absence de son grand cœur, de celui qui était tout abnégation, tout charité

pour les affligés. Ses confrères médecins garderont longtemps le souvenir de leur savant et affable compagnon. Ils le voient disparaître avec peine et regrets. Les nombreux élèves qu'il a formés — et dont il a été le président honoraire — n'oublieront jamais ce maître modeste mais instruit, que sa bonté, sa bonhomie et son impartialité rendaient si populaire parmi eux. Longtemps le souve-

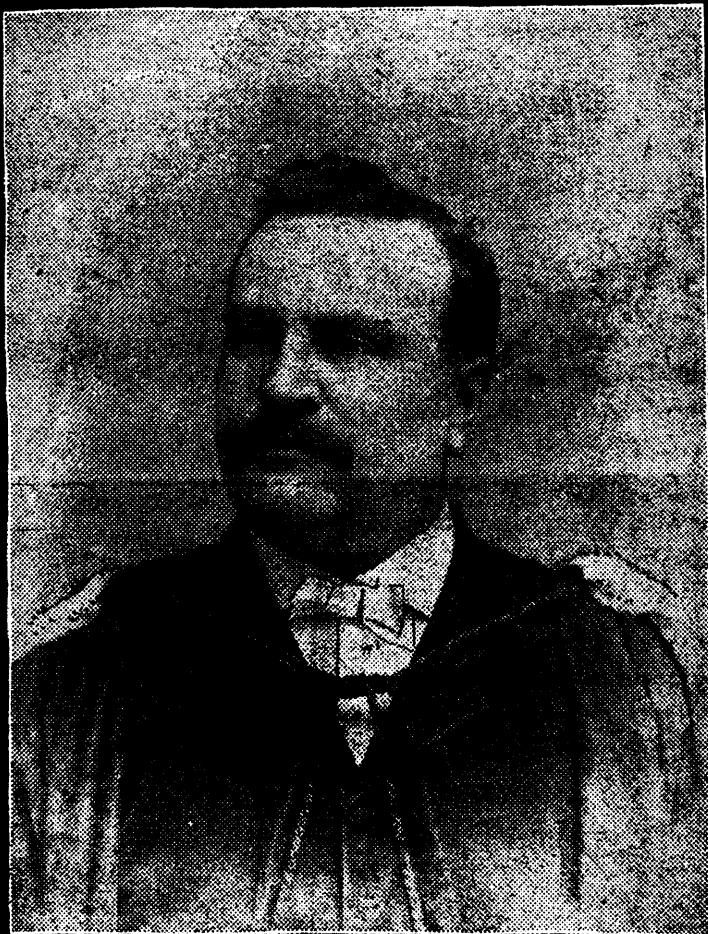
neur de ce professeur dévoué vivra dans leur esprit et rappellera les conseils paternels qu'il leur a maintes fois donnés pendant leur vie d'étudiant. Cette année, son conventum de collège en contera un de moins et un des plus joyeux ; aussi ceux qui restent pleureront-ils leur bon compagnon disparu pour toujours, et si vite ! Hodie mihi, cras tibi ! murmureront-ils ! et le cercle se rétrécit toujours !

C'est au nom de nos lecteurs, de nos confrères, des élèves que nous offrons à ces enfants si cruellement éplorés — maintenant orphelins — nos vives sympathies, nos condoléances les plus sincères. Il a été pour

eux un bon et digne père, comme il a été pour nous un ami sincère et dévoué. Tous nous ressentons douloureusement la perte que nous subissons et nous prions Dieu d'accorder au plus tôt, à ce bon chrétien la place que sa vie si méritoire lui a conquise.

Tu ei, Domine, dona requiem et locum indulgentiae.

M. T. B.



Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

L'acide citrique dans le traitement de l'ozène. — Quoique n'ayant aucune action directe pour amener la guérison de la maladie, l'acide citrique, suivant le docteur Somers (*Ther. Gaz.*) serait un déodorisant puissant à la condition d'être employé avec régularité.

Otalgies chez les bêtes. — Roosa (*Post Graduate*) dit que très souvent on peut calmer les bêtes souffrant de douleurs auriculaires en soufflant directement et doucement dans l'oreille de l'enfant.

Rhinite atrophique. — Les spécialistes américains semblent regarder l'*Pichtyol* comme le remède le plus utile dans la rhinite atrophique. Ils emploient une solution aqueuse de 2°/° à 5°/° en badigeonnages ; ou encore le médicament en nature ou en pommade, 20 à 50 grains par once de vaseline, avec ou sans menthol.

Néphrite aiguë causée par la saccharine. — Le docteur Himmelsbach a relaté dans le *Buffalo Med. J.* un cas mortel de néphrite aiguë due à l'emploi de la saccharine en guise de sucre. Il s'agissait d'un enfant de 14 mois à qui on donnait de la saccharine depuis plusieurs mois et chez qui est survenue brusquement une néphrite que l'on a cru devoir attribuer à la saccharine.

Les symptômes cérébraux dans la carcinomatose. — A la Société de biologie de Hambourg, Saenger, Nonne, Boettéger et autres rapportent des cas de carcinomatose ayant donné lieu à des symptômes cérébraux divers : céphalalgie, surdité, diplopie, vomissements, paralysies, épilepsie jacksonienne, etc. Dans quelques cas on a trouvé des métastases cancéreuses microscopiques, dans d'autres aucune lésion ni macroscopique ni microscopique. Quelques auteurs invoquent la théorie de l'autointoxication par les toxines. (*Gaz. heb. méd. et chir.*)

Gerçures du mamelon. — Le docteur Ovi rapporte une série de cas traités avec des jolis résultats, par une solution alcoolique d'orthoforme ; la solution alcoolique (6 p. pour 20 d'alcool à 90°) donne les résultats les plus constants.

Otite moyenne suppurée aiguë. — Au dispensaire de la Post-graduate, N. Y. le docteur Phillips traite ainsi : La tête du patient placée horizontalement, le conduit auditif externe est rempli de peroxyde d'hydrogène que l'on y laisse cinq minutes ; on lave alors l'oreille, au

moyen d'une seringue en caoutchouc mou, avec une chopine d'une solution saturée stérile d'acide borique. L'oreille est essuyée et on y place un tampon. Ce traitement est répété toutes les deux heures. — On peut laver aussi toutes les deux heures, avec six onces d'une solution de sublimé 1/3000. — Il conseille d'éviter soigneusement l'insufflation de poudre boriquée dans le conduit. — Porter attention à l'état général.

Méningite cérébro-spinale. — Le docteur R. B. H. Gradwohl, de Saint-Louis, M. résume ainsi ses conclusions sur une série de trente quatre cas de méningite cérébro-spinale : — 1° c'est une maladie contagieuse spécifique ; 2° elle est causée par le diplococcus intra-cellularis méningitidis (Weichselbaum) ; 3° dans tous les cas de méningite, il faudra recourir à la ponction lombaire afin de préciser le diagnostic entre un cas sporadique et un cas épidémique ; 4° le Gram est une méthode de coloration incertaine ; 5° le diplocoque est pathogène pour les chiens et les chats ; 6° la virulence du diplocoque diminue avec le progrès de la maladie ; 8° le signe de Kernig serait pathognomonique de méningite ; 8° la méningite cérébro-spinale est transmissible in utero. (*Med. Review.*)

Amygdalite aiguë. — Gladmon (*N. Car. Med. J.*) dit qu'au début les mercuriaux et le sulfure de calcium sont des plus utiles ; plus tard les salicylates et le benzoate de soude. — Localement le peroxyde d'hydrogène et le gâïac sont employés. Si le pharynx est envahi, la proto-nucléine est indiquée.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Comment agit le système nerveux dans les infections

J. Salvioli et S. Spangaro concluaient, de précédentes recherches, que l'on peut diminuer l'immunité des pigeons pour le charbon par des opérations sur le système nerveux. Ils constatent maintenant que l'infection charbonneuse évolue d'une manière différente, suivant le laps de temps écoulé entre le moment de la résection du nerf crural ou sciatique et celui de l'infection.

Si celle-ci a lieu immédiatement après la section du nerf, les symptômes inflammatoires locaux sont plus marqués, ce qu'ils expliquent par une réaction plus vive

résultant d'une nutrition plus parfaite des tissus, conséquence de la paralysie vaso-motrice ; plus tard, au contraire, la réaction est atténuée par suite de la nutrition défectueuse qui résulte de l'atrophie.

L'extirpation de parties ou de la totalité du cerveau entier favorise l'évolution de l'infection charbonneuse ; au contraire celle-ci ne se produit pas, quand on a soin de donner à l'animal une nourriture choisie et restée assimilable par un tube digestif dont les fonctions ont subi un certain degré d'atonie par le fait de la suspension de l'influx nerveux.

A la suite de ces recherches, J. Salvioli et Spangaro s'élèvent contre la théorie des fonctions dites " trophiques " des nerfs. Leur raisonnement est le suivant : si, disent-ils, l'on devait attribuer la perte de l'immunité contre le charbon, chez les pigeons dont le cerveau a été lésé par la disparition de l'influx nerveux, cette perte ne devrait pas être modifiée par un changement de nourriture ; si elle disparaît, c'est par suite de l'inanition à laquelle les animaux succombent en pareil cas.

Le système nerveux central régularise les fonctions et, par suite, la nutrition des organes par une voie indirecte (en excitant leurs fonctions et en agissant sur le cours du sang), mais non pas directement par des nerfs trophiques. Les modifications de la nutrition observées sont la conséquence de ce rôle indirect de l'influx nerveux.

(Centralbl. f. Inn. Med.— Gaz des hôp.)

Methodes nouvelles d'exploration du cœur.

M. Smith, après avoir rappelé les procédés objectifs de recherches basées sur l'emploi des rayons Roëntgen et du phonendoscope perfectionné dont Bianchi s'est servi pour baser la méthode qui porte son nom, expose le procédé subjectif suivant : l'électrode indifférente est placée, de préférence, en arrière du côté gauche, le tampon de l'autre électrode répondant à la zone de matité absolue du cœur ; on fait alors passer un courant faradique induit, dont on augmente lentement et progressivement l'intensité. A un moment donné, la personne examinée ressent une secousse, alors qu'au début elle ne sentait le courant que superficiellement, à la surface des téguments.

L'attention de la malade est attirée sur cette sensation, puis l'on promène le tampon de côté et d'autre et dans tous les sens sur la région précordiale. Chaque fois que la personne examinée ressent la sensation en question, elle doit pousser une exclamation et on marque le point où l'électrode se trouve à ce moment, au crayon bleu. La réunion des différents points ainsi trouvés donne les limites du cœur et ces limites coïncident avec celles que révèlent la percussion ou le procédé de Bianchi.

(Centralbl. f. Inn. med. — Gaz. des hôp.)

CHIRURGIE

Scoliose par adénoïdes.

Par GASTON DAYEZ.

Nous avons vu un nombre considérable de scoliotiques porteurs de végétations adénoïdes, dit l'auteur, et nous avons assisté, après l'opération, à de telles améliorations, au point de vue de leur difformité et de leur attitude générale, que nous croyons devoir affirmer hautement qu'il n'est pas de traitement rationnel de la scoliose si on néglige de faire l'ablation des adénoïdes.

Pour nous, qui préconisons le port des appareils plâtrés, nous devons particulièrement nous occuper de la désobstruction du nasopharynx. Nous nous servons, en effet, pour la construction des corsets plâtrés, d'une fronde prenant point d'appui sur le menton et qui, par conséquent, ferme la bouche. Cette manière de procéder nécessite donc la libre circulation de l'air dans la partie supérieure du conduit aérien. La pose de l'appareil est déjà bien assez fatigante pour le patient sans encore l'exposer à une menace d'asphyxie.

Nous en sommes donc arrivés à formuler cette règle de conduite dont nous ne nous sommes jamais départis : tout scoliotique porteur d'adénoïdes doit être opéré avant tout, puis, 8 jours après l'opération, et seulement alors que le naso-pharynx est complètement libre, nous commençons l'entraînement qui permettra au malade de supporter pendant 12 à 15 minutes l'allongement voulu.

Il est évident que tout ce que nous venons de dire au sujet des adénoïdes s'applique également aux autres causes d'obstruction naso-pharyngienne. Toute obstruction, quelle qu'elle soit, doit être levée avant tout.

(Ann. de chir. et d'orthopédie — Ind. méd.)

Le sympathique cervical

D'une étude très complète du sympathique cervical, tant au point de vue anatomique que chirurgical, M. Herbet conclut que la sympathiectomie est une opération simple, sans dangers immédiats ou consécutifs, facile à exécuter.

La voie rétro-mastoïdienne lui semble la meilleure. On peut éviter la section de la branche externe du spinal et de la plupart des branches du plexus cervical superficiel.

Les accidents à éviter sont : la blessure de la jugulaire, la section du pneumogastrique et, pour la résection totale, l'ouverture de la plèvre, la blessure des vaisseaux vertébraux, de l'artère intercostale supérieure, de la sous-clavière même et du confluent veineux rétro-claviculaire.

La plupart des cas de morts observés ne paraissent pas imputables à l'opération.

Dans le goître exophtalmique, la résection du sympathique a donné d'une part des guérisons complètes, d'autre part de nombreuses et sérieuses améliorations.

Les malades semblent passer par 3 phases, une phase d'amélioration immédiate, une d'incertitude, et une 3^e d'amélioration définitive ou de guérison.

La résection du sympathique agit, pour les uns, en supprimant l'intermédiaire entre le centre excité (qui vraisemblablement siège au niveau du bulbe) et les organes périphériques; pour les autres, au contraire, en supprimant les fibres centripètes qui portent à ce centre les excitations provenant de la périphérie.

La résection partielle étendue depuis le ganglion supérieur jusqu'à l'artère thyroïdienne inférieure est l'opération de choix. La résection totale peut être indiquée dans les cas où il existe une tachycardie intense.

Dans l'épilepsie, les résultats de la sympathiectomie sont moins brillants que pour le goître exophtalmique.

Les guérisons se rapportent surtout à des cas d'hystéro-épilepsie, les épileptiques vrais seraient beaucoup moins influencés.

Des améliorations notables assez nombreuses ont cependant été observées: il convient avant de se prononcer d'attendre encore et de voir ce que deviennent ces malades, à longue échéance.

La sympathiectomie produisant la vaso-dilatation des vaisseaux cérébraux agit peut-être en combattant l'anémie cérébrale, cause de l'accès épileptique.

La résection totale ne donne pas de résultats sensiblement supérieurs à ceux de la résection partielle.

Dans le glaucome, la sympathiectomie peut être indiquée puisqu'elle abaisse la tension oculaire. Son action est comparée à celle des myotiques.

Elle peut guérir le glaucome chronique simple, contre lequel échoue l'iridectomie. Elle est encore indiquée dans le traitement du glaucome hémorragique et du glaucome infantile.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

La cavernite la lymphangite du pénis.

Par M. HOROWITZ (de Vienne).

Il y a une série de maladies qui affectent non-seulement l'enveloppe du pénis mais aussi la tunique albuginée et les corps caverneux. Ces processus morbides provoquent une prolifération du tissu conjonctif de la région affectée; ils amènent la formation d'un tissu complémentaire restreignant les vaisseaux. Souvent la paroi vasculaire subit aussi un trouble de nutrition; des coagulations se produisent et il se forme une callosité là où il y avait autrefois un tissu conjonctif tendre et élastique. Cette callosité peut devenir calcaire ou osseuse. Le trouble circulatoire empêche la partie affectée du

pénis de se remplir de sang. Une érection complète ne peut plus avoir lieu, ce qui équivaut à une impuissance sexuelle. Même dans les cas où la circulation du sang n'est pas complètement arrêtée dans la partie endurcie, l'érection reste incomplète ou se fait avec une courbure ou une flexion latérale.

L'état dont il est question a en première ligne la syphilis pour cause. Mais il est encore d'autres processus qui amènent une néoplasie du tissu conjonctif et des indurations s'étendant jusque dans la profondeur des corps caverneux. L'affection primaire peut par l'obstruction de la sécrétion et les obstacles de circulation amener des inflammations intenses, des destructions du tissu conjonctif. Toutefois il faut faire observer que ces sortes d'indurations n'ont pas toujours pour effet la suppression complète de la faculté sexuelle. La manifestation initiale de la syphilis est rarement suivie d'une induration des corps caverneux; la syphilis papuleuse ne l'est jamais. Les papules sont superficielles et ne laissent jamais de cicatrices. Les gommages, au contraire, affectent les tissus caverneux et forment des tumeurs dures et peu élastiques. Quant on ne les traite pas à temps, les tumeurs se caséifient ou suppurent. Les tumeurs se ramollissent; il y a sécrétion d'un liquide épais jaune foncé ou brun. La gomme arrivée à cette phase, il se produit presque toujours une inflammation autour de la tumeur, les tissus conjonctifs de l'entourage prolifèrent. C'est alors qu'une partie du tissu conjonctif constitue une callosité et produit les phénomènes dont il a été question plus haut.

On n'a pas encore prouvé que la gonorrhée puisse donner lieu à de pareilles altérations par suite du dépôt des gonocoques dans le tissu du corps caverneux. Mais cette hypothèse est très vraisemblable. Cependant la cause la plus fréquente des indurations, après le traumatisme, paraît être l'infection gonorrhéique. Le traumatisme a souvent une induration pour conséquence.

Un facteur étiologique très important pour la maladie dont il est ici question, c'est l'altération sénile, notamment l'artériosclérose. Les vaisseaux du pénis subissent les mêmes altérations de la sénilité que les autres vaisseaux: il y a prolifération conjonctive et rétrécissement de la lumière des vaisseaux, diminution des éléments musculaires dans la tunique moyenne et perte d'élasticité de l'adventice. La dégénérescence s'empare aussi des espaces sarguins du corps caverneux et ainsi l'induration s'établit à l'endroit affecté.

(Wien. med. presse — Ind. méd.)

Du diagnostic de la tuberculose au début par l'examen des crachats.

Par les Drs L. BRINGER et F. NEUFELD.

Ce travail est surtout un plaidoyer en faveur du diagnostic précoce de la tuberculose par les injections

sous-cutanées de tuberculine, dont les médecins se méfient à tort, suivant Brieger et Neufeld.

Pour montrer que l'examen des crachats, au point de vue de la présence des bacilles de Koch, ne fournit pas toujours des renseignements suffisants, ces auteurs citent le cas d'une femme de 29 ans, entrée à l'hôpital pour une affection utérine et chez laquelle on trouvait la respiration rude aux sommets. — L'examen des crachats donna un résultat négatif, mais les injections de tuberculine à la dose de 10 milligrammes provoquèrent une réaction fébrile.

Une autre femme, qui avait les poumons infiltrés et des râles humides, réagissait également à la tuberculine, bien que ses crachats ne renfermassent pas de bacilles. Dans d'autres cas, qui sont rapportés dans ce travail, il s'agit de bronchites où l'examen des crachats montre des pneumocoques, des bacilles de l'influenza, et où l'injection diagnostique de tuberculine donne des résultats positifs.

En somme, la conclusion à laquelle aboutit ce travail, c'est que les injections de tuberculine sont, au point de vue du diagnostic et du diagnostic précoce en particulier, plus sûres que la recherche des bacilles de Koch dans les crachats.

(R. ROMME, in *Gaz. méd. belge.*)

OBSTÉTRIQUE

Sur un nouveau traitement de la phlegmatia alba dolens puerperale.

M. le Dr Jouannet expose dans sa thèse, d'après *Bulletin général de thérapeutique*, les principes d'une nouvelle méthode de traitement de cette complication, encore fréquente malgré les progrès de l'antisepsie, méthode basée sur les résultats donnés par certaines expérimentations physiologiques. Il ne s'agit là que de données plutôt théoriques que pratiques, puisque l'auteur ne donne que deux observations, mais il y a là néanmoins une application intéressante de l'opothérapie.

On sait que dans la puerpéralité existe une tendance variable à la formation de caillots, soit spontanément, soit sous l'influence d'éléments infectieux. D'autre part, et sur ce point la plupart des expérimentateurs semblent d'accord, sous l'action de certaines substances introduites dans l'organisme, le foie acquiert une fonction nouvelle, celle de produire une matière qui s'oppose à la coagulation sanguine.

Par conséquent, en introduisant ces matériaux dans l'organisme, il serait possible de diminuer la tendance à la formation des caillots, qui est une circonstance aggravante de la phlegmatia. C'est ce qui a été fait dans les 2 cas cités par M. Jouannet. Le traitement a consisté à donner aux malades, dès que le diagnostic de phleg-

matia a été posé, un lavement chaque jour, contenant 100 grammes de foie de veau très finement haché, mélangé à 5 grammes de peptone dans 250 gr. d'eau.

Sous l'influence de ce traitement continué huit à dix jours, il s'est fait une amélioration très rapide de tous les symptômes, locaux et généraux, et la guérison a semblé survenir beaucoup plus rapidement que dans les cas soumis au traitement ordinaire.

(*Méd. mod. — Gaz. des hôp.*)

THERAPEUTIQUE

Traitement de quelques formes de dilatation d'estomac par de hautes doses d'huile.

M. Cohnheim, à la Société de médecine interne de Berlin, a présenté plusieurs cas de dilatation gastrique très avantageusement traités par de l'huile d'olive à hautes doses. Un premier malade souffrait de douleurs épigastriques spasmodiques très vives 4 ou 5 heures après le repas. Cependant, comme le malade était resté jusqu'alors indemne de tout trouble digestif et qu'il pouvait supporter les aliments les plus lourds, on ne pouvait admettre ni une atonie, ni une sténose organique comme cause des troubles. Le spasme pouvait être attribué à une fissure du pylore. Après un lavage d'estomac, Cohnheim injecta dans l'estomac un quart de litre d'huile d'olive pure, tiédie ; ce traitement fut continué pendant trois jours.

Le malade ressentit aussitôt après l'injection d'huile une sensation de bien-être du côté de l'estomac et put dès le quatrième jour supporter toute nourriture. Il revint pour les mêmes troubles au bout de quatre semaines et l'on constata les mêmes phénomènes de stagnation alimentaire. On fit un lavage, puis le malade prit un ½ de litre d'huile d'olive plusieurs jours de suite. L'état du malade s'améliora au point qu'il put supporter les aliments les plus lourds, oie rôtie, mouton, lard, lentilles, haricots, etc.

Un autre malade, atteint de spasme du pylore avec gastrectasie, ne fut également amélioré qu'après avoir pris de l'huile d'olive pendant plusieurs jours. Les douleurs cessèrent aussitôt et de nouvelles doses d'huile empêchèrent invariablement leur retour.

Les douleurs ont également cédé ainsi que les vomissements à de hautes doses d'huile dans un cas de cancer du pylore et dans un cas grave de dilatation traumatique de l'estomac.

L'action antispasmodique de l'huile peut s'expliquer par la diminution de la résistance du frottement sous l'influence du liquide. On connaît le traitement de la lithiase biliaire par de hautes doses d'huile. Fleiner et Rosenheim ont employé l'huile avec beaucoup de succès dans le cancer de l'intestin et de l'œsophage.

(*Méd. moderne — Gaz. des hôp.*)

Traitement de la pneumonie par la levure de bière

Par M. P. MARIE.

Depuis un an j'emploie dans le traitement de la pneumonie la levure de bière aux doses conseillées par M. Brocq dans le traitement de la furonculose. Sur huit cas j'ai eu huit guérisons.

En 1899 je voyais, en consultation avec le Dr Le Goff, un malade de 68 ans atteint d'une pneumonie grave et en même temps d'une furonculose abondante et très douloureuse. Je conseillai contre cette dernière la levure de bière : le malade guérit de sa pneumonie malgré la gravité du pronostic, et je me demandai s'il ne fallait pas attribuer la guérison, en partie du moins, à la levure de bière. J'administrai depuis lors la levure de bière aux sept pneumoniques que j'ai eu à soigner et tous ont guéri.

Je ne voudrais pas faire généralisation hâtive, mais je croyais devoir attirer l'attention sur ce point.

(Tribune méd. — Lyon méd.)

PEDIATRIE**Traitement des dermatoses prurigineuses des enfants**

Par le Dr PERRIN (Marseille).

Ce qu'il importe de connaître, pour pouvoir traiter ces dermatoses prurigineuses, c'est leur pathogénie. Selon toutes probabilités, l'urticaire, le prurigo simplex, le prurigo de Hébra ne sont point des affections parasitaires d'origine externe, ou pour mieux dire ne sont pas le résultat de l'inoculation directe de certains microbes. Leur pathogénie est complexe : s'agit-il de toxhémies, de toxidermies, d'affections d'origine nerveuse ? Il est probable, comme le dit M. Brocq, qu'elles peuvent se développer sous ces diverses influences ; celles-ci agissent sur l'organisme et les téguments qui constituent chez le sujet donné un point vulnérable, réagissent suivant le mode objectif particulier à ce sujet.

Ce qu'il y a de certain, c'est que tous les enfants atteints de prurigo ont des troubles digestifs ; le fait est d'autant plus facile à reconnaître que le prurigo est plus récent. Plus tard d'autres phénomènes réactionnels du côté de la peau et du système nerveux modifient la scène et font que la maladie persiste encore quand le trouble digestif a disparu.

Ces petits malades, qu'ils soient ou non dilatés de l'estomac, ont une alimentation déficiente soit par mauvais choix des aliments, soit par trop grande quantité de ces aliments solides ou des boissons. La constipation est fréquemment observée, la langue est saburrale, l'abdomen distendu, les garde-robes fétides.

Chez les nourrissons, l'allaitement est non réglé,

trop abondant ou plus souvent trop fréquemment répété. Après six mois, et souvent avant cette époque, on ajoute à l'allaitement, des soupes grasses, parfois de la viande, du vin, du café, etc., et ce régime va devenir de plus en plus déficient, l'enfant ne prenant plus de lait, mangeant comme ses parents, qui en sont très fiers.

Outre les troubles dyspeptiques et les fermentations gastro-intestinales, on trouve de plus chez les enfants atteints de prurigo des manifestations nerveuses, souvent d'ordre héréditaire, ce sont des enfants issus de parents névropathes ou alcooliques. Mais si le tempérament nerveux peut préexister, c'est l'intoxication ou l'infection qui éveille le nervosisme ou l'exaspère. Il y a donc deux facteurs pour créer la maladie, une cause prédisposante et une cause efficiente, ou, si l'on veut, un terrain et une graine. La graine c'est ou un microbe ou un poison ; le terrain c'est le système nerveux et cutané de certains sujets issus de parents névropathes, neurasthiques ou alcooliques, systèmes nerveux et cutané fragiles, vulnérables qui appellent la localisation de l'infection ou de l'intoxication. Sans cette prédisposition nerveuse, la graine tombe sur un sol stérile. Les intoxications sont le plus souvent d'origine gastro-intestinale, les infections peuvent être une scarlatine, une rougeole, etc., qui ont précédé le début du prurigo ou bien des maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse.

Enfin, à ces causes principales viennent s'en joindre d'autres ; il est, en effet, certain que la température, les saisons, l'âge, le genre de vie jouent un rôle important dans les poussées des prurigos ; certains présentent, par exemple, très nettement des crises hivernales, vernalles ou estivales. On constate leur amendement, parfois même leur disparition à mesure que les années s'écoulent.

Ces diverses données étiologiques et pathogéniques permettent d'instituer une thérapeutique rationnelle des dermatoses prurigineuses infantiles. Leur médication est surtout dominée par les indications suivantes : Au point de vue interne, donner une alimentation convenable soit à la mère qui allaite ou à la nourrice, soit à l'enfant. La mère ou la nourrice peuvent avoir une nourriture insuffisante, mauvaise ; la nourrice surtout prend souvent de l'alcool, du vin en grande quantité, du café, trop de viande, etc. Quand à l'enfant, il doit avoir des tétées bien réglées pendant le jour et la nuit, ou, s'il est élevé au biberon, une alimentation lactée exclusive faite avec du lait d'excellente qualité ou bien avec du lait stérilisé donné en petite quantité toutes les deux ou trois heures suivant l'âge. Quand il est mal supporté, ajouter un peu d'eau de Vichy ou de bicarbonate de soude ; quand il produit de la diarrhée, le couper avec un peu de tilleul et d'eau de chaux.

S'il s'agit d'enfants dont l'allaitement est terminé, c'est une nourriture dont les œufs, le laitage, les soupes fourniront la base, c'est surtout l'absence de viandes jusqu'à trois ans. Chez les enfants plus âgés, c'est un régime alimentaire surveillé : suppression de vin, café

liqueurs, donner de l'eau bien filtrée, ou d'Evian, ou du lait à un des deux repas ; diminution de la ration de viande, suppression des salaisons, charcuteries, fromages forts, insister sur les légumes en purée, les fruits cuits, etc ; la vie au grand air.

Comme médication interne, pour calmer l'irritation nerveuse, les antinervins doivent être donnés rarement, tous agissent plus ou moins sur la peau comme les bromures ; les préparations de valériane seules sont sans inconvénients. Dans ces derniers temps l'acide lactique a été prôné par M. du Castel qui a étudié l'influence que ce médicament pouvait exercer sur les éruptions qui se développent à la suite de mauvaises digestions ; il a constaté qu'un grand nombre d'enfants ont été améliorés. L'acide lactique se donne à partir de la dose de six gouttes. Un autre médicament qui est à la mode, c'est la levûre de bière dont on parle partout et qui est très efficace dans la furonculose ; il paraît que l'on en a obtenu aussi de bons résultats dans le prurit. Ce qui domine toute la thérapeutique c'est, je le répète, la régularisation des fonctions digestives par l'antisepsie intestinale, par l'usage des laxatifs, les grands lavements et avant tout par le régime.

Au point de vue externe, on devra insister sur une très grande propreté chez les enfants, les lotions avec l'eau bouillie vinaigrée, matin et soir, les poudrages avec l'amidon, le talc, etc ; les pommades qu'on emploiera devront toujours être très épaisses, très adhésives ; les pâtes de zinc sont l'excipient le plus utile.

(Marseille méd.)

Maladies veneriennes

Formes cliniques de la syphilis rénale.

Par M. DELAMARE.

(Suite)

Des deux autres néphrites (*néphrites parasymphilitiques*), l'une présente une élimination dissociée du bleu et du chromogène, l'autre présente les caractères suivants : le bleu apparaît une demi-heure après l'injection, en faible quantité, le chromogène en grande quantité. Puis, la courbe d'élimination des substances est parallèle et l'on remarque deux maxims, repondant le premier aux première, deuxième, troisième, quatrième heures après l'injection, le deuxième aux dix-neuvième et vingtième heures. Il n'y a aucune élimination de bleu aux dix-huitième et vingt-quatrième heures. L'élimination cesse définitivement à la vingt-huitième heure.

) Nous étudierons les formes chroniques à propos des accidents tertiaires ; restent les formes latentes.

Formes latentes. — Presque tous les auteurs les signalent ; quelques-uns, notamment le professeur Four-

nier, ajoutent un point d'interrogation ; d'autres, comme Theille, qui ont examiné 300 syphilitiques, sans rencontrer la moindre albuminurie, les disent plus fréquentes qu'on ne croit !

A s'en tenir au seul renseignement précis de Furbringer, il s'agit d'une albuminurie et d'une cylindrurie transitoires et bénignes, contemporaines de la roséole. Elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme fonctionnel et, pour les rencontrer, il faut pratiquer l'examen chimique et microscopique de l'urine de tous les syphilitiques.

b. ACCIDENTS RÉNAUX DE LA PÉRIODE TERTIAIRE. — Sans revenir à nouveau sur les néphrites aiguës ou subaiguës qui, possibles encore mais plus rares, ne diffèrent en rien de celles déjà étudiées, arrivons aux néphrites chroniques.

Néphrites chroniques. — Elles offrent ici leurs symptômes habituels, se manifestent au début par les *petits accidents du brightisme* (épistaxis, crampes aux mollets, secousses électriques, doigt mort, cryesthésie, signe de la temporale, etc.), à la période d'état par la pollakiurie, l'albuminurie légère et inconstante, la présence d'urohématine, l'hypertension artérielle, le bruit de galop et conduisant lentement à la mort, presque toujours, par urémie.

Amylose. — L'amylose est, elle aussi, lente et insidieuse, n'offrant aucun symptôme absolument caractéristique. On la devine plus qu'on ne l'affirme. Aucun symptôme, ni l'albuminurie d'abord faible puis considérable, ni la polyurie pathognomonique pour Grainger Stewart, ni la cylindrurie (cylindre cireux, colloïdes), ni la diarrhée ne sont absolument caractéristiques.

D'ailleurs lorsqu'elle s'accompagne de néphrite atrophique, ce qui est fréquent, il n'y a pas de cylindrurie et peu d'albuminurie.

Gommes. — Les gommes évoluent sans histoire clinique ; tels est du moins l'avis unanime de tous les auteurs français, Seiler et Welander affirment reconnaître le ramollissement des gommes rénales aux signes suivants : albuminurie, émission d'une urine troublée dans le dépôt de laquelle on trouve des cylindres hématisques, des globules sanguins, des cellules nécrosées et des gouttes de graisse.

c. ACCIDENTS RÉNAUX DE L'HÉRÉDOSYPHILIS. — Souvent latente, ce qui n'a rien de surprenant puisqu'au moins dans les formes précoces, il s'agit d'amylose et de gommes, l'hérédosyphilis rénale apparaît en clinique, tantôt comme une néphrite chronique, tantôt et plus souvent, comme une néphrite subaiguë d'allures irrégulières dont l'évolution assez longue offre une série d'alternances de mieux et de plus mal, avec albuminurie et même hématurie.

Son seul cachet clinique, un peu spéciale, lui vient des lésions hépato-spléniques coïncidentes ou encore soit des lésions ostéopériostiques ou muqueuses, soit des stig-

mates dystrophiques de l'hérédosyphilis (voûte palatine ogivale, altérations dentaires, dents d'Hutchinson, malformations de l'oreille, etc.).

(Gaz. des hôp.)

BACTERIOLOGIE.

La forme diplococcique du coli-bacille.

par G. ADAMI, M. ABBOT, F. NICHOLSON.

La forme courte du coli-bacille, cultivé sur les milieux bactériologiques usuels, présente souvent les pôles très colorés ; il en résulte l'apparence de deux corpuscules arrondis fortement colorés, réunis par une substance plus claire. Dans les formes filamenteuses, on peut souvent retrouver une série de corps arrondis foncés.

Le développement hors de l'organisme, dans des conditions relativement défavorables, fait apparaître très nettement cette coloration des pôles, de sorte que les formes courtes ressemblent à des diplocoques, et les formes filamenteuses à des chaînettes de diplocoques.

En modifiant la réaction des milieux ordinaires, ou en maintenant les cultures pendant longtemps à une haute température (48°), on obtient une prédominance de coli-bacilles diplococciformes, mais on ne peut obtenir cette forme à l'exclusion des autres.

D'autre part, certaines sérosités, comme celles de l'ascite et de la péritonite tuberculeuses, infectées naturellement par le coli-bacille, la bile d'un cobaye inoculé avec un coli-bacille atténué, donnent des formes diplococciques si modifiées qu'il est impossible de revenir complètement à la forme type.

Ces sérosités,ensemencées sur les milieux usuels immédiatement après leur extraction du corps humain, donnent des cultures ordinaires de coli-bacille ; mais, conservées dix à vingt jours, et ensemencées seulement après ce temps, elles donnent des cultures anormales.

La bile empêche et modifie les cultures du coli-bacille : la bile ensemencée sur agar reste stérile ; ensemencée dans le bouillon peptonisé, elle donne des cultures ; la même bile, gardée à l'étuve pendant plusieurs jours, reste claire, tandis que, si on l'ensemence sur divers milieux, elle donne de nombreuses colonies de coli-bacilles à forme de diplocoques.

Ces coli-bacilles modifiés sont petits, immobiles, forment de petites colonies sur agar, croissent à peine sur pomme de terre, troublent peu le bouillon, poussent lentement dans le lait tournesolé, ne donnent pas la réaction de l'indol, et ne font pas fermenter le glucose, le lactose et le dextrose.

L'inoculation de coli-bacilles dans les veines d'un lapin produit, dans l'aspect des coli-bacilles, des modifications analogues. Le microbe est rapidement englobé par les cellules du foie et du rein. Un quart d'heure

après l'inoculation, on trouve déjà des bacilles à l'intérieur des cellules endothéliales du foie, et ce processus de phagocytose continue jusqu'à ce que les cellules soient bourrées de bacilles.

A l'intérieur des cellules, les bacilles sont modifiés, segmentés, et présentent souvent l'aspect de diplocoques. Au bout de deux heures, les bacilles peuvent être englobés par les cellules hépatiques ; on les reconnaît à l'intérieur de celles-ci sous forme de diplocoques.

La forme diplococcique du coli-bacille est donc bien une forme de destruction. Pendant ce processus, les bacilles modifiés sont situés dans des vacuoles intra-cellulaires ; à la fin, les bacilles sont entièrement digérés, la vacuole persiste encore, mais vide. Le processus est identique dans les cellules du rein.

(M. LABBÉ in *Presse méd.*)

BIBLIOGRAPHIE

CONFÉRENCES POUR L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er Janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J. B. Baillière et fils, 19 rue Hautefeuille à Paris.

Ce 4^e fascicule est à la hauteur des précédents ; et la collection complète devrait se trouver dans la bibliothèque de tout praticien.

CARABINADES.

par le docteur CHOQUETTE

Quel charmant petit volume ! Comme c'est pris sur le vif. Nous n'avons plus de raison de nous ennuyer "en attendant les sauvages" avec Carabinades comme compagnon. Qu'ils viennent les sauvages, pourvu que Carabinades aient..... des petits ! et nous l'espérons — et ce sera "tel père tels fils." Oui, les confrères — les vieux comme les jeunes — Carabinades ; ça vaut la peine ! Ça fera du bien à l'organe bilieux, ça dilatera agréablement la rate, l'organe des Carabins. Puis c'est "eanayen" ; ce n'est pas de l'emprunt, c'est à nous autres.

Nous ne sommes nullement surpris que ce petit bijou de littérature canadienne ait remporté le prix, tellement il est gentil et bien fait sous tous les rapports. Nous félicitons bien vivement notre confrère et ami, le docteur Choquette, de la victoire qu'il vient de remporter avec tant d'éclat. Lisez ses Carabinades et vous direz comme nous, que son auteur a mérité les lauriers qu'on lui a décernés. Entrer dans l'arène avec des maîtres et sortir à la tête...c'est beau ! Et les armes avec lesquelles Choquette a combattu..... Carabinades ! tout simplement... Carabinades ! Encore !

50 sous les achètent — tous les libraires les vendent.

Travaux Originaux

Du vertige de Ménière et son traitement

par le Dr JÉHIN-PRUME

Chirurgien des hôpitaux, ancien chef de clinique à Paris,
Membre de la Société d'otologie de Paris.

C'est en 1361, que le docteur B. Ménière, alors médecin de l'institut des Sourds-Muets de Paris, écrivit la première observation relative à l'affection qui devait porter son nom.

Cette observation fut publiée dans la "Gazette Médicale de Paris" et comportait le cas suivant : une jeune fille, ayant, pendant la période de ses règles, pris un refroidissement, devint subitement sourde, surdité qui fut accompagnée d'un vertige extraordinaire et de vomissements. Malgré les soins, la jeune malade succombait cinq jours après les débuts de la maladie.

Très intrigué, le Dr Ménière fit l'autopsie et constatant que les canaux semi-circulaires étaient comblés par un exsudat plastique d'une coloration rougeâtre. Exsudat gagnant le vestibule, sans toutefois atteindre le limaçon qui était du reste, d'apparence normale.

C'est alors qu'il écrivit qu'il existe une variété de vertige suivi de nausées et de vomissements. Ces accidents, disait-il, n'ont aucune relation avec l'estomac ; ils peuvent survenir au milieu de la santé la plus florissante ; ils sont de courte durée, et possèdent un caractère général spécial qui ne peut échapper aux praticiens de quelque expérience, caractères qui prouvent que l'affection prend son origine dans un état congestif du cerveau.

Ménière ne se contenta pas de donner une description clinique, complète des symptômes morbides ; il décrit également que le vertige est souvent suivi de troubles de l'audition, quelquefois même de surdité complète. Ceci le poussa à conclure que la maladie avait une relation avec un état pathologique de l'oreille et tout probablement du labyrinthe. L'autopsie de la malade donna pleine raison à cette théorie.

En 1844, Flourens découvrait en étudiant la physiologie des canaux semi-circulaires, que si ces organes étaient dévisés, il se produisait des troubles considérables dans l'équilibre. Cependant le cerveau était intacte (expérience du pigeon).

Après Ménière, citons les travaux du Dr Hillairot qui présentait peu de temps après l'observation de Mé-

nière, un écrit à la Société de biologie de Paris, étude basée sur des observations cliniques et cherchant à prouver les effets réflexes des troubles des canaux semi-circulaires sur le cerveau. Puis vint Charcot qui a lui seul fit plus que tous ses prédécesseurs. (1874).

Ce fut ce grand maître qui établit la nosologie de l'entité morbide que nous étudions. Il en établit la symptomatologie d'une façon plus précise qu'elle ne l'avait jamais été. De plus il créa une thérapeutique nouvelle, remarquable et qui lui est propre.

Depuis 1874 il est bon de citer, au point de vue bibliographique, les travaux de P. Bennier, Gellé, Bagninsky, Politzer, de Cyon, Knapp, Gille de la Tourette et d'une foule d'autres.

I

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Avant d'entrer d'une façon plus étendue dans le sujet qui fait notre présente étude, je crois utile de renouveler la mémoire en revoyant l'anatomie de l'oreille interne. Ceci nous aidera non-seulement à mieux comprendre ce qui va suivre, mais également à saisir la logique du traitement qui devra être institué. Il ne faut pas oublier, d'un autre côté, que le présent sujet est des plus difficiles, qu'il présente bien des lacunes et plus d'un point en est très obscur. Cependant je vais faire mon possible pour être clair, précis, et afin que mon bagage scientifique ne soit pas à un certain moment pris au dépourvu, je vais, dis-je, me permettre d'emprunter aux excellents ouvrages des Drs Bournier, Gellé, Politzer, Knapp, Dench, Sappey, Testut et Antoine Courtade.

Le nerf acoustique, ou nerf labyrinthien, huitième pair crânienne peut, physiologiquement, se déviser en deux segments parfaitement distincts : La portion labyrinthienne ou vestibulaire et la portion cochléaire, ou nerf cochléaire, qui se dirige vers le limaçon ou cochlée. Ce dernier nerf, qui est par excellence celui de l'audition, ne nous intéressera qu'en second. Pour nous, celui qui doit attirer présentement notre attention, c'est le nerf labyrinthien, qui se dirige vers les canaux semi-circulaires et doit être considéré comme le nerf propre du sens de l'équilibre.

Les travaux de Flourens, en 1844, avaient déjà établis ce qui était alors une hypothèse, mais qui fut confirmée plus tard par les travaux de Vulpian, Laborde, Goltz et de Mathias Duval. Car, s'il arrive que pour une raison ou pour une autre, le nerf labyrinthien se trouve injurié, il y a, suivant le degré de l'injure, plus ou moins de

vertige accompagné de vomissements, enfin, en un mot, perte de l'équilibre.

Cependant Baginsky, en Allemagne (1888), prétendit que la lésion seule du labyrinthe n'était pas suffisante pour provoquer la perte d'équilibre. Il est nécessaire, prétend-il, qu'il existe, en même temps une lésion pour pouvoir produire le vertige. Quelque chose comme une lésion cérébrale directe ou indirecte, qu'elle soit causée par une lésion méningo-encéphalique, ou une lésion du nerf auditif ayant son siège soit dans le plancher du quatrième ventricule, soit dans quelque autre portion cérébrale qu'il traverse (Babinsky).

Voici comment le Dr Gille de la Tourette, (des hôpitaux de Paris) réfute la théorie de Babinsky : (1)

“ Les données du Dr Babinsky ne sont pas basées sur des cas positifs, tandis que des autopsies ont révélé l'existence de lésions du labyrinthe sans que le cerveau ni le nerf auditif ne fussent atteints. De plus la clinique nous a enseigné une différence marquée entre le vertige de Ménière et les troubles auditifs causés par une compression intra-cérébrale.”

Le nerf labyrinthique est pour nous d'une grande importance et, pour nous répéter, sachons bien qu'il se divise en deux branches, une antérieure ou cochléenne et l'autre postérieure ou vestibulaire.

La branche antérieure naît dans la fossette latérale du bulbe, immédiatement en arrière de la protubérance, un peu en dehors du nerf facial et de l'intermédiaire de Wrisberg.

La branche postérieure naît sur le plancher du quatrième ventricule par une série de petits filaments blanchâtres, appelés *barbes du calamus scriptorius*. (L. Testut. Anatomie vol. 2).

Le vestibule se trouve donc à communiquer directement avec le cervelet et indirectement avec le cerveau. Le limaçon au contraire se trouve à communiquer directement avec le cerveau et indirectement avec le cervelet.

Le premier communique avec le centre d'équilibre, le second avec celui de perception. Il s'ensuit donc que le limaçon est le véritable agent de l'audition.

Il est important de connaître comment se terminent ces deux nerfs, si différents au points de vue de leur fonction physiologique.

Pour ceci, prenons-les séparément et étudions-les au point de vue physiologique. En suivant ainsi leur fonction nous arriverons sûrement au point terminal.

Lorsqu'un son venant de l'extérieur, ou, si vous préférez, lorsqu'une vibration vient impressionner notre tympan, que se passe-t-il ?

La chaîne des osselets, située dans l'oreille moyenne, communique cette vibration à la fenêtre ovale, qui la communique également à l'oreille interne, grâce au liquide que celle-ci contient. Ainsi transmise la vibration impressionnera les canaux semi-circulaires (organe de l'équilibre), et le nodule du limaçon (centre de l'audition).

(Nous savons que lorsqu'une lumière est trop vive, notre rétine, étant frappée par un accès d'intensité, n'en peut supporter le rayonnement et subit cet état spécial d'excitation nerveuse auquel on a donné le nom d'éblouissement. Pour le nerf auditif il en est de même et un surcroît de son, peut amener du vertige.)

L'oreille interne est en réalité une cavité recouverte d'un épithélium nerveux. Or, pour revenir sur nos pas, l'onde sonore reçue par la fenêtre ronde est communiquée au liquide qui la transmet lui-même au labyrinthe. Cette onde sera donc perçue plus ou moins fortement suivant l'intensité des vibrations. Cependant il arrivera des cas dans lesquels les vibrations étant trop intenses pourront causer du vertige.

Cependant, comme dans toute la nature, rien n'est imparfait dans le sens du mot, cet excès de sonorité se trouve contrebalancé par un mécanisme spéciale de compensation.

Je laisse ici la parole au Dr P. Bonnier.

“ Il est important de bien étudier le mécanisme de cette compensation, car il faut bien se souvenir que si un obstacle est apporté à sa libre fonction, le vertige sera le résultat inévitable. Ceci est dû à ce qu'ici l'oreille ne peut soutenir un son qu'une oreille normale entendrait sans inconvénient.”

“ Sachons que l'espace endolymphatique n'est pas complètement close, mais le liquide qu'elle contient communique normalement avec l'espace sub-arachnoïdienne.

“ Lorsque la tension du fluide labyrinthique devient trop considérable, celui-ci s'échappe dans le vestibule, qui donne passage, comme on sait, à une veinule et à un prolongement du vestibule membraneux qui porte le nom de *canal endolymphatique*. Ce canal se termine à la face postérieure de la région pétreuse de l'os temporal, dans un espèce de sac qui possède lui-même un certain nombre de petits canalicules (Rüdinger). Ces canaux se trouvent donc à mettre l'endolymphatique en corres-

(1) Gille de la Tourette — Du vertige de Ménière.

pondance avec l'espace lymphatique de la dure mère et aussi des autres enveloppes.

"Le liquide ayant reçu le choc sonore à la fenêtre ovale, fait donc un tour et revient à la fenêtre ronde qui fera alors dépression et tombera dans la caisse du tympan."

Ceci connu, nous nous trouvons donc en présence d'un organe ayant un appareil de sureté, une soupape si vous voulez, par lequel sortira l'excès de pression. Supposons maintenant que cette soupape de sureté vienne pour une raison ou pour une autre, à faire défaut, il est incontestable que la pression impréssionnera d'une façon exagérée le centre auditif, d'où vertige.

Ceci est si vrai, que même chez une personne ayant une oreille normale on peut artificiellement produire du vertige en injectant de l'eau dans cette oreille avec une certaine pression. Voici, du reste ce qui se passe : en poussant l'eau dans l'oreille externe, le liquide va frapper violemment la membrane tympanique qui repousse elle-même la chaîne des osselets ; ceux-ci communiquent la violence du choc à la fenêtre ovale et au liquide labyrinthique. Ce liquide brusquement refoulé ne peut suffisamment s'échapper par la valve de sureté qui devient insuffisante.

Il existe des sujets qui sont des plus sensibles à ce phénomène. Je soigne en ce moment une jeune fille, Mlle Gabrielle M***, de Saint-Henri de Montréal. Quelques gouttes d'un liquide quelconque amène chez elle un vertige qui va jusqu'à la syncope.

Toute exagération de pression causera donc de la surdité et du bruit par compression du limaçon, et du vertige par action sur la région vestibulaire.

Prenons, par exemple un sujet atteint de catarrhe tubaire, il y a chez lui de la surdité, des bruits, sons de cloches, sifflets de locomotive, chant de canaris, etc., etc. Tous ces symptômes se comprennent fort bien, connaissant ce qui précède.

(à suivre)

Coq-à-l'âne médicaux.

Le permanganate de zinc dans l'urétrite. — Berkeley Hill a eu beaucoup de succès dans le traitement de toutes les formes d'urétrites par ce sel, qui est dépourvu de tout effet irritant. On prescrit une solution de 5 pour 2000 grammes d'eau. Le permanganate forme des composés explosibles avec l'alcool, les extraits végétaux, etc. (*Nouv. remèdes.*)

Métrorragie. — Ostermann a traité plusieurs cas d'hémorragie utérines par la mixture de Labadie-Lagrave. On chauffe dans un tube à réactif parties égales d'antipyrine et de salol jusqu'à formation d'une substance brune collante. Cette matière est introduite dans la cavité utérine, préalablement nettoyée sur un tampon de ouate d'hydrophile. Une seule application suffit ordinairement. (*Med. Age.*)

Extrait de capsules surrénales dans l'urètre. — Moore s'est bien trouvé d'une solution à 10%, qu'il a employée pour débrider le méat, pour dilater l'urètre, et dans la cuisson de la blennorragie. L'extrait est analgésique et hémostatique. (*Med. News.*)

Les chemises mercurielles. — Blaschks (*Berl. Klin. Woch.*) remplace la fumigation et les frictions mercurielles par un tissu — mercolint — laineux imprégné d'une poudre contenant 90% de mercure. Le patient porte sur la peau, nuit et jour, une chemise de cette étoffe mercurialisée — 3 12 grains. Au bout de trois semaines, la couleur grise fait place à une coloration blanche — indice que le mercure est tout absorbé. Cette méthode est aussi rapide et aussi énergique que les injections, et elle se recommande chez les débilités, chez les enfants et les femmes enceintes. (*St. Louis Med. and Surg. J.*)

Les tumeurs adénoïdes et les affections oculaires. — Dans les *Arch. Ital. di Otaglia*, Arslan, de Padoue, fait la preuve que les tumeurs adénoïdes exercent une influence considérable sur la production des affections oculaires. Il les a trouvées en cause dans la kerato-conjonctivite ulcérée, dans la dacryo-cystite, dans la blépharo-conjonctivite, dans le trachome, etc. Aussitôt les adénoïdes enlevées, on a constaté une amélioration, et la guérison s'est effectuée rapidement. — Il faut donc rechercher les adénoïdes dans les affections de l'œil persistantes, cycliques, ou rebelles au traitement.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Fievre typhoïde et grippe.

(Soc. méd. des hôp.)

M. Potain. J'ai pu observer dans le cours de l'épidémie que nous avons traversée plusieurs cas de fièvre

typhoïde succédant à la grippe : ces cas ont déjà été signalés et moi-même j'en avais déjà observé en 1889, mais ils m'ont paru être particulièrement fréquents cette année.

Les cas que j'ai observés sont au nombre de six. Il y eut dans ces cas une première période pendant laquelle les signes de grippe furent des plus manifestes (début brusque avec grand frisson, fièvre intense, courbature, rachialgie, douleurs orbitaires), puis les symptômes de la dothiéntérie apparaissaient aussi manifestes (stuppeur, céphalée, ballonnement du ventre, diarrhée, gargouillement dans la zone iliaque, tuméfaction de la rate, apparition de taches rosées.)

Le diagnostic de fièvre typhoïde était absolument évident et dans plusieurs cas le séro-diagnostic était positif ; celui de grippe était non moins évident et la date d'apparition des taches rosées (11e jour, 12e, 16e, 19e, 31e) montre bien que les malades n'avaient pas été ébloués des typhiques.

La fièvre typhoïde dans les six cas que nous avons observés a plutôt été bénigne : la tension artérielle est faible pendant toute la durée de la maladie, mais la fièvre est restée modérée et le pouls peu fréquent ; la défervescence n'a pas été précoce et rapide et la convalescence n'a pas été traînante. Dans nos six cas la maladie a été bénigne, mais il n'en est pas toujours ainsi ; on a signalé des cas graves et MM. Sevestre et Chantemesse ont publié des observations suivies de mort.

M. Ménétrier. J'ai observé dans le cours de la dernière épidémie un cas semblable à ceux que vient de rapporter M. Potain : grippe sans réaction de Ehrlich avec séro-diagnostic négatif, puis au moment où la fièvre commençait à baisser, apparition de la dothiéntérie qui évolua à son tour d'une façon très bénigne.

M. Rendu. Dans deux familles où tous les membres avaient été fortement atteints par la grippe, j'ai observé deux enfants qui, après avoir eu tout d'abord la grippe, eurent une fièvre typhoïde d'ailleurs bénigne.

M. Siredey. J'ai fait une observation semblable en 1889, suivie de mort.

M. Legendre. On peut se demander si dans ces cas la grippe n'a pas rendu les sujets plus aptes à la réceptivité du bacille d'Eberth. Deux fois j'ai vu la fièvre typhoïde succéder à une grippe et dans ces deux cas c'était chez des sujets exposés tous deux à une contagion typhoïde évidente : c'était un interne en médecine étudiant l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde et une malade d'hôpital soignée par une infirmière qui en même temps donnait ses soins à une typhique.

(Gaz. méd. belge)

Que faut-il penser des sanatoria.

La question du traitement de la tuberculose par les sanatoria reste à l'ordre du jour. Hautement préconisée

par la plupart des spécialistes, cette méthode thérapeutique a été, dans ces temps, l'objet de critiques ardentes et passionnées. Le moment semble donc venu d'en analyser impartialement les avantages et les inconvénients, d'en préciser la valeur réelle, et d'arriver ainsi à quelques conclusions pratiques.

Les avantages sont tels, pour M. Ausset, qu'il n'y a pas de comparaison possible entre un traitement fait à domicile et celui appliqué au sanatorium et que, autant on a de chances d'échouer dans le premier cas, autant on en a de réussir dans le second. Ces avantages peuvent être ainsi énumérés.

Tout d'abord le tuberculeux est soumis à l'influence bienfaisante d'un air pur constamment renouvelé. Cette *cure d'air libre*, si recommandée par tous les phthisiologues, est peut-être, de toutes les médications, la plus difficile à obtenir en dehors du sanatorium. " Je ne sais rien de plus hideusement fétide, disait Peter, que la chambre à coucher d'un tuberculeux riche. C'est un endroit soigneusement clos, où il est interdit à l'air d'entrer, comme à l'espérance ; bourrelets aux portes, bourrelets aux fenêtres, épais rideaux enveloppant le lit, où le malheureux phthisique mijote à l'étuvé dans sa moiteur et dans son air vingt fois respiré, vingt fois souillé déjà par le contact de ses poumons altérés." Il est souvent malaisé, dit à ce sujet M. Ausset, de faire comprendre aux familles qu'une fenêtre doit toujours rester ouverte, nuit et jour, quelque temps qu'il fasse. En été, au printemps, on écoutera volontiers le médecin, mais, en hiver, il faudra lutter énergiquement pour obtenir du malade et des parents que les fenêtres restent constamment ouvertes. Le médecin aura beau multiplier ses recommandations, user de toute son influence, on l'écoutera, on sera même disposé à lui obéir, mais, dès qu'il sera parti, on s'empressera de violer ses prescriptions. L'aérophérapie continue n'est donc possible, sauf de très rares exceptions, que dans les sanatoria dont elle constitue ainsi un précieux avantage.

Les mêmes considérations s'appliquent, point pour point, à la *cure de repos*. Il est extrêmement difficile à un tuberculeux, vivant de la vie ordinaire, de se soustraire à toute fatigue physique ou morale, d'observer un absolu repos de corps et d'esprit tout le temps nécessaire à sa guérison. Et cependant " le repos est indispensable pour empêcher les poussées congestives, les accès de fièvre que l'exercice provoque si souvent chez les tuberculeux, pour éviter toute fatigue du cœur, pour faciliter les digestions, pour ménager les forces du malade qui doivent toutes être consacrées à la guérison." Il faudra donc, dans la plupart des cas, recourir à la sévère discipline du sanatorium pour assurer la cure de repos dans toute sa rigueur.

Il ne faudrait pas croire toutefois qu'il s'agisse d'un repos forcé, d'un repos absolu. L'exercice modéré constitue un adjuvant précieux dans le traitement de la phthisie, à condition que l'on observe les précautions sui-

vantes : d'une manière générale, ne jamais marcher jusqu'à la fatigue ; aller toujours à pas lents, avec des arrêts fréquents, sans s'asseoir ; ne jamais marcher s'il y a de la fièvre, abrégé les promenades par les temps humides, éviter les longues ascensions. En somme, et comme le dit excellemment M. Daremberg, les tuberculeux, même ceux qui ont l'apparence de la guérison, ne doivent pas se fatiguer : s'ils marchent quatre ou cinq heures par jour, ils éprouvent des rechutes, des hémoptysies, des congestions broncho-pulmonaires quelquefois mortelles. L'exercice des tuberculeux doit donc être l'objet d'une attentive surveillance qui n'est guère possible que dans les sanatoria.

La cure d'alimentation n'est également faite d'une manière scientifique qu'au sanatorium. L'alimentation des tuberculeux est en effet un des problèmes les plus complexes et les plus délicats qu'ait à résoudre le phthisio-thérapeute. Tout d'abord l'appétit d'un phthisique ne donne guère d'indication ni sur la qualité ni sur la quantité des aliments qu'il peut digérer. On peut même dire que le pouvoir digestif d'un phthisique est beaucoup plus grand que son appétit ne le ferait croire. Il faut donc surveiller soigneusement l'alimentation du phthisique, ne tolérer que les mets qui se digèrent aisément, et encore choisir parmi ces derniers ceux qui conviennent plus particulièrement à l'estomac de chaque malade.

De plus, ces aliments devront être donnés à heures fixes et à petite quantité. Parfois même, pour les faire ingérer, le médecin devra user de toute son ingéniosité, de tous les subterfuges, " car le secret de la guérison est de savoir combattre la misère physiologique." Toutes les règles diététiques, si importantes, sont d'une exécution bien difficile dans les conditions ordinaires de la vie : dans les sanatoria, au contraire, elles sont facilement acceptées des malades.

Les résultats que l'on observe dans les sanatoria tendent habituellement à prouver l'excellence de la méthode suivie. La fièvre tombe au bout d'un temps variable, ou du moins diminue dans de notables proportions, et avec elles les sueurs nocturnes, si pénibles pour le malade. Les troubles digestifs s'amendent. Sous l'influence combinée du repos et de l'aérophérapie continue, l'appétit devient meilleur : beaucoup de malades peuvent alors être soumis aux bienfaits de la suralimentation, les fonctions cutanées se régularisent, les infections secondaires disparaissent. Le moral des patients participe, enfin, à cette amélioration générale, et retentit à son tour sur la nutrition de l'organisme. Le malade s'intéresse aux progrès de sa guérison, suit mieux les prescriptions du médecin, se remet à prendre confiance dans l'avenir.

(à suivre)

CHIRURGIE

Traitement de l'hydrocèle vaginale par le chlorure de zinc.

L'emploi du chlorure de zinc pour guérir l'hydrocèle vaginale, préconisé tout d'abord par Dimmreicher (de Vienne), a été défendu en France par Polaillon, à tel point que ce mode de traitement est souvent désigné sous le nom de méthode de Polaillon. M. Blanc, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, est aussi un partisan de cette pratique, qu'il préfère à l'injection iodée pour les raisons suivantes : manuel opératoire plus simple, douloureux, accidents tels que : hématocele, phlegmon, etc., supprimés, résultats immédiats plus rapides, résultats éloignés aussi constants.

Le *modus faciendi* de la plupart des chirurgiens qui emploient le chlorure de zinc varie suivant que l'hydrocèle est très volumineuse, de moyen volume, ou petite. Dans le premier cas on peut vider la poche, et trois ou quatre jours après on pratique l'injection ; dans l'hydrocèle de moyen volume, on fait l'injection immédiatement après la ponction ; enfin, dans le troisième cas, on ne laisse écouler que quelques grammes de liquide avant d'injecter la solution modificatrice. M. Blanc n'a jamais usé que du dernier procédé et les succès ont été constants. Le manuel opératoire dans ce cas est d'une simplicité extrême : le seul instrument nécessaire est une seringue de Pravaz.

On commence par retirer quelques grammes de liquide, surtout si la tumeur est très tendue. Il ne faut pas, du reste, s'abstenir de cette soustraction ; en effet, la solution de chlorure de zinc — la tension du liquide de l'hydrocèle étant diminuée — se mêle mieux à ce liquide, et arrive plus facilement au contact des différents points de la paroi de la poche.

Cela fait, on injecte alors, suivant le volume de l'hydrocèle, un quart et une seringue de Pravaz de la solution de chlorure de zinc au dixième. L'injection ne doit pas être poussée brusquement, mais très lentement, goutte par goutte, en faisant varier l'aiguille, en la dirigeant dans tous les sens, pour favoriser le mélange de la solution injectée au liquide de la vaginale. En même temps, on malaxe doucement la vaginale et on continue un peu ces malaxations après l'injection.

Cette opération n'est guère plus douloureuse qu'une injection de morphine, au moment où on la fait du moins. Nul besoin d'injection cocaïnée préalable ; on n'a à craindre ni syncope, ni convulsions. On n'a pas à craindre non plus de piqûre du testicule, encore moins d'hématocele traumatique ; enfin, on ne risque pas la pénétration du médicament dans le tissu cellulaire du scrotum.

Les suites sont variables. Ordinairement, la réaction est peu prononcée et le séjour au lit inutile. Cependant il est plus sage de faire garder le lit au malade le jour

de l'opération et le lendemain. En général, peu après l'injection, le patient ressent quelques douleurs, pas très vives d'ailleurs, dans la région testiculaire, irradiant le long du cordon vers l'abdomen. Il peut y avoir un peu de rougeur du scrotum, qui donne au malade la sensation d'être plus volumineux et plus lourd. Puis, tous ces phénomènes s'atténuent rapidement, dans la journée ou dès le lendemain, et le volume de la tumeur commence à diminuer ; en une dizaine de jours, le plus souvent, la guérison est à peu près complète. Cependant, les suites ne sont pas toujours aussi simples : on connaît trois cas de péritonisme, mais qui se sont rapidement jugés.

(Loire méd. et Bull. méd. — Gaz. des hôp.)

PÉDIATRIE

Traitement de l'insomnie chez les enfants.

D'après le Dr TIÉROS.

Le plus souvent les enfants dorment mal parce qu'ils mangent trop le soir. Il faut donc, en premier lieu, veiller sur la régularité des repas, écarter aussi l'excès de liquides, l'usage des spiritueux, du thé, du café, des excitants de toute sorte. Il suffit souvent de rétablir les fonctions de l'intestin par un lavement purgatif, et de défendre de prendre le soir autre chose que du lait ou des œufs, pour rétablir le sommeil.

Chez l'enfant à la mamelle, les tétées trop abondantes et réparties irrégulièrement, l'abus par la nourrice des boissons alcooliques, ou une alimentation défectueuse peuvent être la cause de l'insomnie. La fluxion dentaire peut aussi être signalée. Il sera facile de faire un traitement préventif dans tous ces cas.

1° *Traitement hygiénique :*

L'emploi d'une hygiène appropriée a souvent autant d'influence que le traitement médicamenteux.

Signalons en premier lieu les exercices modérés, la gymnastique, la bicyclette, le grand air, qui favorisent tant le sommeil profond de l'enfant. Il faut encore citer le repos intellectuel, les distractions, l'hydrothérapie tiède, les bains tièdes, la régularité dans l'heure du coucher et quelquefois l'électrisation statique.

Il faut enfin éviter aux enfants les peurs nocturnes, et les histoires effrayantes qui peuvent les susciter.

2° *Traitement médicamenteux.*

L'insomnie des enfants est le plus souvent sous la dépendance d'une hyperexcitabilité nerveuse, et le meilleur médicament est alors le bromure de potassium. Ce puissant calmant, qui fait tomber l'excitation nerveuse, en anéantissant les centres médullaires, se donne en solution dans un mélange d'eau de tilleul et d'eau de fleurs d'orange (60 grammes) avec 5 grammes d'eau de laurier-cerise par exemple :

Jusqu'à 3 mois..... 5 à 10 centigrammes.

De 3 à 6 mois..... 20 —

De 6 mois à 1 an 1/2... 30 à 40 —

A partir de 2 ans..... 1 à 3 grammes.

En dehors du bromure, nous avons encore à notre disposition le chloral, la chloralose et le trional.

Le chloral est un excellent hypnotique pour les enfants, mais difficile à faire accepter à cause de son goût désagréable. Aussi on l'administre le plus souvent en lavement avec de l'eau d'amidon pour le rendre moins irritant, et de la teinture de musc, comme calmant associé.

Dans la chorée, le chloral est particulièrement indiqué pour ramener le sommeil ; mais pour obtenir de bons résultats on lui associe souvent l'antipyrine.

La chloralose, étant assez analgésiante, est indiquée dans les insomnies douloureuses. C'est un médicament trois fois plus actif que le chloral, et qui a l'inconvénient d'augmenter l'excitabilité réflexe de la moelle, mais en le donnant à la dose de 10 ou 20 centigrammes, le soir, dans un peu de lait, en évitant tout bruit et toute lumière, on évitera les tremblements et les soubresauts réflexes.

Le trional enfin est un hypnotique plus facile à manier que la chloralose, qu'il est facile de prescrire en suppositoires ou enrobé dans la confiture à la dose de 20, 30, 40, 50 centigrammes.

Quand l'insomnie est uniquement nerveuse, la valériane et l'assa foetida pris en lavement suffisent à amener le sommeil.

Enfin chez l'enfant il faut se rappeler que l'insomnie peut être due à deux causes assez fréquentes, la syphilis infantile et la malaria. Dans les deux cas, le meilleur somnifère sera le traitement spécifique correspondant. Pour la malaria on donnera le sulfate de quinine en cachets ou en lavements amidonnés, à la dose de 30 centigrammes à 1 an.

Dans tous les cas. on se gardera de l'opium qui jetterait les enfants dans une dangereuse prostration.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Les infections ombilicales chez le nouveau-né.

M. Audion (Thèse de Paris) étudie la pathogénie des infections ombilicales.

Le processus d'oblitération définitive des vaisseaux ombilicaux, au niveau de l'ombilic, après la chute de l'eschare funiculaire, comprend probablement l'organisation du caillot qui occupe leur extrémité et des phénomènes comparables, de tous points, à ceux de l'artérite et de la phlébite oblitérantes.

Cette oblitération pouvant se produire tard et lentement, il peut persister longtemps une communication, quelquefois très fine, mais directe entre la cavité de ces vaisseaux et le fond de la cupule ombilicale : cette com-

munication étant presque équivalente à une ouverture à l'extérieur. La disposition sus-indiquée est surtout fréquente chez les prématurés débiles.

Les vaisseaux eux-mêmes, tant qu'ils ne sont pas oblitérés, ou seulement ces pertuis persistants sont une porte ouverte à l'infection, et permettent le développement d'artérites et de phlébites plus ou moins intenses, souvent torpides, pouvant même rester méconnues. De ces premiers foyers, même dans les cas les plus torpides, les microbes peuvent envahir les vaisseaux sanguins hépatiques, et par la veine cave, l'organisme entier, au lieu de suivre la voie artérielle.

Outre les septicémies aiguës et rapides bien connues pourraient prendre naissance alors des septicémies lentes dont les symptômes et les lésions anatomo-pathologiques sont encore peu connues, et surtout qui n'ont pas encore reçu leur explication étiologique. La connaissance de ces faits montre combien il est nécessaire d'apporter la plus minutieuse antisepsie dans le traitement de l'ombilic.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

HYGIÈNE.

L'hygiène sexuelle.

C'est là un sujet dont, en général, les médecins ne s'occupent guère, et qui a été l'objet de plusieurs conférences faites à la société des médecins allemands à Saint-Petersbourg, par les docteurs *Hoerschelmann*, *Flenig* et *Massing*.

Le premier reproche est que les médecins pour empêcher le vice de l'onanisme, recommandent ou tolèrent le commerce sexuel illégitime, imbus qu'ils sont du préjugé si répandu que l'abstinence sexuelle constitue un grave danger pour la santé. C'est là un véritable préjugé très répandu par cela même que la vérité réside précisément dans l'opinion contraire : que l'abstinence conserve la santé. C'est pourquoi, *Hoerschelmann* conclut, qu'à un homme sain de corps et d'esprit, on doit conseiller par dessus tout l'abstinence pour sauvegarder sa santé. *Flenig*, se rallie à cette opinion et à l'appui de la thèse soutenue affirme avoir connu des individus parfaitement sains de corps et d'esprit qui jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans, sans être aucunement malades, avaient pu s'abstenir complètement de tout commerce sexuelle et cela au grand profit de leur santé. Ceci devrait être la règle et non une exception. Si le nombre des jeunes gens syphilitiques ou gonorrhéiques est si considérable, cela tient à ce que ces jeunes gens sont conseillés par leurs camarades ou par des personnes plus âgées, à satisfaire leurs besoins sexuels dans un but salutaire et pour les empêcher de se livrer au manœuvres solitaires. Les médecins ne devraient pas rester indifférents aux sages

conseils donnés par les maîtres, les pédagogues, par toutes les personnes instruites pour combattre l'immoralité : ils devraient leur apporter leur concours. *Massing* étudiant les rapports entre l'incontinence et les maladies vénériennes émet des idées qui peuvent se résumer ainsi : Bien que l'abstinence n'assure pas absolument contre les maladies vénériennes et que l'on constate des cas d'infection extragénitale, l'incontinence multiplie énormément le danger de l'infection et il n'est pas douteux qu'avec l'abstinence non seulement pratiquée par un seul mais par un grand nombre d'individus, les maladies vénériennes diminueraient d'une façon considérable.

(Jour. d'hyg. — Gaz. méd. belge)

BACTERIOLOGIE.

L'immunité des maladies infectieuses.

Lorsqu'un microbe pénètre dans l'organisme, s'il doit produire la maladie, il se développe et sécrète en plus ou moins grande abondance les toxines nuisibles. L'organisme est grossièrement comparable à un bouillon de culture. Si les toxines sont très virulentes et les microbes abondants, l'organisme succombe. Dans nombre de cas, les poisons sont neutralisés dans l'organisme ou promptement éliminés par les voies ordinaires ; la guérison se produit. La maladie guérie a stérilisé le terrain et créé une immunité de plus ou moins longue durée. Une immunité peut être ainsi acquise par une première affection. Ce cas fait découlent les vaccinations préventives et aussi la sérothérapie.

En comparant l'organisme à un bouillon de culture, il vient à l'esprit de supposer que les microbes ont épuisé le milieu ou qu'ils y ont versé certaines toxines qui le rendent stérile. Ces deux hypothèses sont insuffisantes, comme nous l'avons indiqué.

Lorsque les microbes ont réussi à vaincre la barrière que leur opposent la peau ou les muqueuses, une véritable défense est réalisée par la réaction de l'organisme.

Les globules blancs du sang et d'autres éléments de même origine viennent cerner les microbes et les englobent, les incorporent dans leur protoplasma. Ceci est une propriété commune aux globules blancs et aux cellules lymphatiques. On savait depuis longtemps que ces cellules absorbaient facilement les poussières colorées de grains de vermillon, des molécules de sulfure de plomb, mais il appartenait à *M. Metchnikoff* d'établir qu'elles avaient le même rôle à l'égard des microbes, et il a donné le nom de phagocytisme à cette fonction découverte par lui.

Le phagocytisme est une fonction générale de l'organisme. Les cellules fixes ou migratrices que nous voyons englober des granulations colorées s'attaquent normalement aux tissus vieux ou affaiblis destinés à dis-

paraître. C'est par phagocytisme que disparaît la queue des tétards, c'est par phagocytisme que disparaissent les microbes, lorsque l'organisme doit triompher.

On peut suivre au microscope la marche du phénomène. Si on injecte à un animal une culture de bactérie charbonneuse ou de streptocoque de l'érysipèle, on voit en peu d'instants les microbes englobés par les cellules phagocytaires. S'ils sont peu virulents par rapport à l'organisme, ils sont dissociés et digérés par le phagocyte ; dans le cas contraire, ils triomphent et tuent les cellules qui les ont absorbés.

Si l'animal a été vacciné, la phagocytose est très active, et l'infection n'a pas lieu. M. Cantacuzène résume ainsi la doctrine de Metchnikoff.

« Une dose non mortelle de vibrions cholériques est injectée dans le péritoine d'un cobaye. Ce changement brusque de milieu fait périr un certain nombre de vibrions ; mais l'immense majorité y trouve un milieu favorable, s'y multiplie et sécrète ses toxines. Celles-ci vont impressionner les leucocytes qui surpris par cette modification subite du milieu, se mettent à l'abri dans les organes à circulation ralentie, d'où diminution des leucocytes dans le sang. Les leucocytes, présents dans la cavité générale, également mal à l'aise, s'éloignent au milieu des vibrions sans les englober, mais bientôt l'accoutumance se fait ; les leucocytes rentrent dans les vaisseaux en grand nombre ; la dilatation vasculaire autour du foyer infecté devient de plus en plus forte ; la diapédèse commence ; pendant quelque temps, l'afflux leucocytaire dans le péritoine est faible et l'englobement aussi. Puis, ces deux phénomènes s'accroissent, et les leucocytes englobent rapidement les microbes qui, parvenus à l'intérieur des cellules, prennent la forme de granulations sphériques.....

Un certain nombre de vibrions restent longtemps, souvent vingt-quatre à quarante-huit heures, dans l'exsudat sans être englobés. Ce sont les plus virulents ; ils luttent contre les phagocytes et les éloignent par leur sécrétions. Cultivés, ils donnent une race bien plus virulente que celles dont ils dérivent. Mais finalement l'accoutumance des phagocytes se faisant, les derniers parasites survivants sont englobés et détruits. Au bout d'un nombre variable d'heures, de gros leucocytes mononucléaires pénètrent dans l'exsudat : une lutte s'établit alors entre les microphages bourrés de microbes et les macrophages, lutte dans laquelle les polynucléaires les moins résistants, les plus affaiblis, sont saisis et digérés. Le résultat de cette deuxième phase est la constitution, par sélection, d'une race de leucocytes plus adaptés à la lutte contre les vibrions. »

Telles sont les diverses phases de la réaction inflammatoire.

Pour expliquer comment les leucocytes sont attirés vers les substances chassées par le sang ou dans les tissus, Pfeiffer leur a supposé une propriété spéciale qu'il a dénommée chimiotaxie, grâce à laquelle ils sont attirés ou

repoussés par les corps étrangers. MM. Massart et Bordet ont, par une expérience ingénieuse, mis en lumière cette propriété.

« Formons un faisceau d'une douzaine de tubes de verre, fins comme un cheveu, fermés par un bout, et contenant chacun une petite colonne d'un liquide différent : dissolution de sucre, d'acide tartrique, citrique, malique, de peptone, bouillon ordinaire, ou liquide de culture de divers microbes. Le faisceau lié, on l'introduit avec toute la délicatesse possible dans l'intérieur d'un sac lymphatique de grenouille, et on l'y laisse séjourner quelque temps. Si on retire ensuite ces tubes, on s'aperçoit que les leucocytes ont manifesté leur choix diversement. Ils forment un bouchon plus ou moins épais, une agglomération plus ou moins compacte dans tous les tubes qui contiennent les substances de leur désir, pendant que les tubes remplis de substances désagréables à leur goût sont dépourvus de globules.

Le Dr Bœsredka a, par d'ingénieuses expériences, montré que les phagocytes exercent un rôle protecteur à l'organisme même par rapport aux substances chimiques. Il a vu du trisulfure rouge d'arsenic absorbé par les phagocytes, décomposé, décoloré et finalement rendu inoffensif. Ce même sulfure introduit dans un tube ou cellule de papier, de façon à être défendu contre les leucocytes, amène au contraire la mort très rapidement. Une autre expérience du même auteur montre le rôle protecteur du phagocytisme. Avant d'injecter les sels d'arsenic, il fait pénétrer dans le péritoine du carmin. Cette matière colorante inoffensive est englobée par les leucocytes, mais c'est autant de perdu pour la défense, leucocytes gavés sont devenus incapables de faire autre chose. Dès lors, il faudra une dose bien moindre de sulfure arsénical pour tuer l'animal dont les défenseurs sont moins nombreux.

Tel est le résumé du travail de M. Bœsredka. Il nous montre sous une autre forme et sous un caractère plus général le phagocytisme découvert par Metchnikoff.

(Le sérothérapie pratique.)

FORMULAIRE

Suppositoires contre la prostatite chronique.

(A. FREUDENBERG.)

Sulfo-ichtyolate d'ammonium..... 0g30 à 0g75

Beurre de cacao..... 3g50

Mélez. — Pour un suppositoire. Faites 20 suppositoires.

Travaux Originaux

Du vertige de Ménière et son traitement

par le Dr JÉHIN-PRUME

Chirurgien des hôpitaux, ancien chef de clinique à Paris,

Membre de la Société d'otologie de Paris.

(Suite)

II

ÉTIOLOGIE SYMPTÔMES.

Quelles peuvent être la cause du vertige auriculaire ?

Je laisse ici la parole à mon excellent maître et ami le Dr Antoine Courtade, de Paris. (1)

“ On désigne sous le nom de vertige, cet état dans lequel il semble que tous les objets tournent et que l'on tourne soi-même ou que l'on perd l'équilibre.

“ Ce symptôme est commun à des maladies très diverses qui ont pour siège, soit les centres nerveux, soit des organes éloignés qui viennent réagir sur ceux-ci par action réflexe.

“ Le vertige peut exister à l'état normal quand on regarde du haut d'un monument très élevé, par exemple. Il peut être symptomatique de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'anémie, de la congestion cérébrale, de la sclérose en plaques, etc.

“ Dans la classe des vertiges réflexes, on peut ranger le vertige stomacal, laryngé, intestinal, etc.

“ A côté de ceci se range le vertige auriculaire, qui n'est ni réflexe, ni cérébral, mais qui dépend d'une modification dans l'état de certaines parties de l'oreille interne.

“ Toute modification de structure ou de pression des canaux demi-circulaires membraneux sera susceptible de produire le symptôme vertige.

“ Symptôme accessoire dans plusieurs affections de l'oreille externe ou de la caisse, le vertige acquiert une importance capitale dans l'affection à laquelle Ménière a laissé son nom.

“ Voici la description d'un accès de vertige de Ménière emprunté au professeur Duplay : Le début est soudain ; au milieu de la plus parfaite santé et souvent sans cause appréciable, un individu est pris d'étourdissements, de vertige, de tintements d'oreilles, de nausées, de vomissements. La face se couvre d'une sueur froide,

comme à l'approche d'une syncope ; l'attaque est souvent si violente que le sujet tombe privé de sentiment et de mouvement. Dans d'autres cas, le malade ne perd pas connaissance, mais il ne peut se tenir debout, ni marcher ; dès qu'il se lève il lui semble que les objets tournent autour de lui, il titube comme si le sol se dérobaît sous ses pieds : quelquefois on a noté une tendance involontaire à tourner constamment du même côté. Ces divers phénomènes durent un temps variable, parfois très court, quelques minutes, un quart d'heure, quelques jours au plus. Puis le malade revient à la santé, ou conserve seulement une tendance au vertige, mais l'ouïe est complètement perdue ou, du moins très affaiblie, d'un seul ou des deux côtés à la fois.

“ Il est aussi habituel, lorsque la surdité n'est pas complète de voir les bourdonnements persister avec une grande intensité. La surdité présente parfois ce caractère qu'elle n'existe que pour certains groupes de sons.

“ L'état de vertige dure encore quelques jours après le retour de connaissance et augmente dans l'obscurité ou quand le malade ferme les yeux, comme dans l'ataxie locomotrice. Il est des cas où l'incertitude de la marche a persisté des mois et des années après une première attaque.

“ Il peut arriver que l'attaque soit unique ; d'autres fois elle se répète à des intervalles plus ou moins éloignés et chaque retour aggrave la surdité produite par les attaques antérieures.”

Quelles que soient les causes des vertiges, bouchon de cérumen, otites, corps étrangers, il est bon, comme le recommande le Dr Gellé, de bien examiner le conduit auditif externe et la membrane tympanique. Quelquefois il sera possible en peu de temps de faire disparaître la cause du vertige. En effet, les affections des oreilles pouvant causer du vertige par compression du labyrinthe sont plus fréquentes qu'on est porté à le croire.

Une autre cause de vertige serait, d'après le Dr Gille de la Tourette, un excès d'irritabilité des milieux labyrinthiques. Il est pourtant difficile, ajoute le distingué agrégé de la faculté de Paris, de donner, d'expliquer les causes produisant cette surexcitation.

Quelques auteurs ont attribué le vertige à des affections du système nerveux, telles que la neurasthénie, l'hystérie et autres. Il est incontestable que ces affections peuvent causer du vertige, mais qui n'a aucun lien de parenté avec le syndrome de Ménière. Du reste nous verrons plus loin qu'il existe un diagnostic différentiel tout à fait clinique.

(1) Dr A. Courtade ; Anatomie, physiologie et séméiologie de l'oreille, page 184 (Bibliothèque Charcot-Debove.)

Charcot et Garrod ont montré que la forme par attaque brusque, *l'accès de vertige*, n'est pas la seule observée ; il est des cas assez nombreux où, dans l'intervalle des crises ou sans qu'elles se produisent jamais, il existe un *état vertigineux constant* qui tourmente le malade avec plus ou moins d'intensité, mais insuffisamment. D'après Guye, les sensations subjectives présenteraient la vivacité d'impressions hallucinatoires.

Le sens de la rotation n'est pas toujours du côté de l'organe malade, ni absolument vers le côté opposé ; les accès peuvent se reproduire à intervalles très rapprochés (plusieurs par jour) ou par séries de deux, huit, dix jours, espacés par un temps plus ou moins long (mois, années), tantôt violents au début, tantôt plus faibles à la suite ; mais il n'y a pas ici de règle.

Les rapports avec l'évolution de la surdité sont aussi fort variables ; celle-ci est peut-être plus complète et plus rapide dans la maladie de Ménière. Elle augmente à chaque accès. Charcot a bien démontré que l'accès est annoncé par une exagération de bourdonnements, ou par un bruit de sifflements en jet de vapeur, intense, brusque, qui sert d'aura aux sensations vertigineuses ; cependant il peut manquer. Il en est de même des nausées, et des vomissements qui suivent l'accès ; ils ne sent pas constants. (1)

Le Dr Gille de la Tourette dit qu'il existe des cas chez lesquels la maladie ne débute pas absolument d'emblée. On remarque chez certains sujets des signes montrant à l'avance la proche invasion de la maladie. D'abord on peut avoir un degré plus ou moins considérable de surdité. Cette surdité indique qu'il existe des troubles de l'audition, troubles qui peuvent être accentués avec le degré de compression du labyrinthe. M. de la Tourette, dit : " Physiologiquement, il est possible d'expliquer comment il se fait que le labyrinthe est affecté, pendant que le limaçon poursuit normalement ses fonctions. Cliniquement, il n'en est pas de même excepté cependant dans le cas de lésions intra-cérébrales. On peut certifier que presque tous les cas de vertige sont accompagnés de surdité."

Parmi les autres symptômes, nous avons la déviation des globes oculaires, décrite du reste par le Dr Gellé et le Dr de Cyon.

Ces symptômes sont dus à une lésion du *ganglion de Gasser*. Fieuzal a vu ces lésions chez un syphilitique atteint de surdité et de paralysie de la face. (voir les travaux de Gellé, Laborde, Robin, Knapp, Moos, Zaupal,

Calmette, Galezowski). Les symptômes oculaires ne consistent pas seulement en déviation de l'œil, mais on a aussi observé des opacités (Fieuzal) irido-choroïdite (Knapp), enfin une espèce de migraine ophtalmique avec flammèche, zig-zag, etc., etc. (Gellé).

Nous avons vu que dans certains cas, les patients étaient avertis, de l'attaque par une espèce de période prodromique. Cependant, dans la majorité des cas, l'attaque arrive *ad bruptos* ; le malade est violemment jeté par terre, quelquefois sur la face, mais généralement du côté où le bruit a été entendu ; ceci, comme nous l'avons vu, n'est cependant pas une règle générale.

Au moment de l'attaque, le malade passe par une angoisse difficile à décrire ; il devient pâle, rouge, sa figure indique la plus grande terreur. Il prend les positions, les attitudes les plus étranges, les yeux sont hagards et roulent désespérément dans tous les sens. L'attaque passée, il est facile de voir aux réponses du malade, qu'il a conservé la plénitude des sensations, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu perte de connaissance ; le sujet s'est rendu parfaitement compte des moindres détails de l'attaque. Celle-ci terminée, la seule chose qui reste est un peu de migraine. Cette migraine peut dégénérer en nausées et vomissements ; ceux-ci sont d'un précieux concours pour le diagnostic du syndrome de Ménière, mais ne sont pas toujours constants.

Charcot disait : " Les grandes lignes sont : Le bruit de sifflet, le vertige, la chute et l'état gastrique." (1)

J'ai dit, il y a un instant, que le patient ne perdait pas connaissance pendant l'accès de vertige. Voici encore une question qui a son pour et son contre. Charcot et son école sont en faveur de la *conscience*. L'école allemande au contraire y est fortement opposée. Bull prétend que la perte de connaissance est due seulement aux suites d'une dépression psychique. Cependant, comme le fait remarquer le Dr Gille de la Tourette, il y a certainement chez le patient un certain degré d'étourdissement, mais sans avoir pour cela perte complète de la connaissance. Si le malade est violemment projeté par terre, il peut très bien en tombant être frappé assez fort pour provoquer une syncope. Ici donc c'est le coup et non le syndrome de Ménière qui est coupable, malgré l'assertion de certains auteurs.

Le Dr Guye a observé qu'au début de la maladie, les traits de l'écriture sont complètement modifiés et ressemblent à l'écriture tremblante d'un vieillard. A mesure que le vertige et l'incertitude de la marche dimi-

(1) E. Gellé. Maladies de l'oreille, Paris 1885.

(1) Gille de la Tourette.

nent, l'écriture reprend peu à peu son caractère habituel (Politzer).

Les bourdonnements, qui sont excessifs dans le début diminuent graduellement, mais peuvent aussi subsister pendant tout le reste de l'existence.

Nave a constaté le cas d'un individu chez lequel les troubles de la marche ont été constatés pendant de nombreuses années, et n'ont cessé qu'avec la vie du patient.

(à suivre)

Coq-à-l'âne médicaux.

L'orthoforme et les gercures du mamelon. — Qui a employé une solution alcoolique saturée — alcool à 90° 3 p. orthoforme 10 p. — appliquée sur du coton hydrophile, 10 à 15 minutes avant la tétée. Il a eu 7 succès sur 9 cas. (Soc. cent. du nord.)

Les varices gastro-œsophagiennes. — Les seuls symptômes constants de cette lésion sont l'hématémèse et le mélaena. Comme ces varices (Marmasse — thèse de Paris) sont souvent causées par la cirrhose du foie, il y a toujours lieu de rechercher cette dernière maladie dans les hémorragies gastro-intestinales. Le pronostic est toujours grave. Comme il existe au niveau de l'estomac l'œsophage des anastomoses entre les veines porte et cave les varices gastro-œsophagiennes pourront être produites par une gêne à la circulation porte. L'action toxique du sang alcoolisé exercerait une action sur la paroi des vaisseaux. Ces deux actions combinées amèneraient la dilatation des vaisseaux, l'amincissement de leurs parois et l'atrophie de leur couche musculaire. (Gaz. hebdom. méd. et chir.)

La réaction de Williamson pour le sang des diabétiques. — Müller (Mun. Med. Woch.) a trouvé cette réaction dans chacun des cas d'une série de 24 diabétiques. Existe même quand le glucose a disparu de l'urine. On voit l'importance de cette réaction dans le coma diabétique. La réaction est caractérisée par la décoloration du bleu de méthyle, et se pratique ainsi : A 40 cc. d'eau distillée contenue dans une éprouvette, on ajoute une goutte de sang prise aseptiquement, puis 1 cc. d'une solution aqueuse de bleu de méthyle, 1/6000, et 40 cc. d'une solution de soude caustique. On fait bouillir pendant 4 ou 5 minutes au bain marie. S'agit-il de sang diabétique la solution se décolore ou prend une teinte vert sale. Avec un sang normal la coloration bleue n'est pas altérée. (St. Paul Med. J.)

Les "trois lavages" de Huchard dans l'urémie. — Huchard appelle ainsi le lavage de l'estomac, celui de l'intestin et celui du sang. Il croit les lavages supérieurs aux médicaments et les recommande vivement. Peu de drogues ; au début, un vomitif ou un purgatif, parfois une saignée, et s'est tout. Il faut savoir imposer le lavage de l'estomac. Celui de l'intestin se fait au moyen d'un tube mou rectal et on injecte deux litres de sérum artificiel. Le lavage du sang s'opère par les injections sous-cutanées de 200 à 500 cc. et plus de sérum. (Moniteur thérap.)

Les affections de l'oreille chez les diabétiques. — 1° On observe fréquemment du prurit, de la desquamation épidermique et de la furonculose du côté de l'oreille externe. 2° L'otite moyenne aiguë revêt fréquemment des caractères spéciaux (début brusque, grande intensité et persistance des douleurs, écoulement souvent hémorragique) et se complique facilement d'inflammation et de nécrose mastoïdienne. (LANNOIS in Lyon méd.)

Albuminurie ou glycosurie et hyperémie pharyngée. — Garel a signalé et Charles a étudié une forme spéciale d'hyperémie pharyngée dont les caractères prédominants sont d'être chronique, congestive, avec muco-sité adhérentes, empatement, sensibilité et réflexes exagérés.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Que faut-il penser des sanatoria.

(Suite)

Tels sont, en quelques mots, les résultats thérapeutiques obtenus dans les sanatoria, où tout est spécialement construit en vue de la lutte contre la tuberculose, et où le malade est placé sous la surveillance continue du médecin. Mais il y a plus : non seulement les malades sortent le plus souvent avec une santé améliorée, mais encore plus instruits et mieux armés pour la lutte. Les phthisiques qui sortent du sanatorium ont contracté en effet des habitudes hygiéniques qu'ils conserveront et tâcheront même de faire adopter par leur entourage : ils contribueront ainsi, dans une large mesure, à la lutte contre la tuberculose, en propageant la notion d'infectiosité des crachats. Les sanatoria seraient donc indispensables, et ne présenteraient que des avantages (Ausset).

Tous les auteurs ne se sont pas encore ralliés à cette formule, et l'on a parfois reproché aux sanatoria de constituer un centre d'infection pour les malades eux-mêmes, pour les infirmiers et le voisinage. Or, des recherches nombreuses ont montré que cette objection était sans valeur. Au cours de ses visites dans les sanatoria, M. Knopf n'a pu relever qu'un seul cas où une infirmière est devenue tuberculeuse. Encore faut-il ajouter que cette jeune fille avait déjà perdu par la phtisie un membre de sa famille, et qu'elle était peut-être contaminée avant d'entrer au sanatorium. A. Falkenstein, pendant une période de dix ans, 225 personnes ont séjourné au sanatorium pour tenir compagnie aux malades : beaucoup d'entre elles ont passé six mois et plus dans l'établissement avec leurs amis malades. Dans aucun cas, on n'a observé d'infection tuberculeuse. Il est tel autre sanatorium où, depuis dix ans, aucun des nombreux employés de l'établissement n'a été atteint de phtisie pulmonaire. Au Brampton Hospital, à Londres (hôpital spécialement destiné aux tuberculeux), le docteur Williams n'a noté, pendant de longues années, que 3 ou 4 cas de contagion parmi le personnel de l'hôpital. On peut donc affirmer que, dans un sanatorium bien tenu, il y a peu de danger pour les infirmiers, les médecins et autres membres de cet établissement.

Les craintes d'infections du voisinage sont tout aussi illusives. A Gœbersdorf, où existent trois grands sanatoria ayant hébergé plus de 25000 tuberculeux depuis quarante ans, la mortalité des habitants du village n'a jamais dépassé la moyenne ordinaire. Il en est de même à Falkenstein, où la mortalité par tuberculose, qui était de 18,9 p. 100 avant la création du sanatorium, est maintenant de 11,9 p. 100. Les sanatoria ne sont donc nullement dangereux pour les villages voisins.

Ils feraient peut-être courir plus de périls à la vertu de leurs hôtes. Cette objection a été souvent formulée, et ici même, en termes que nous voulons rappeler :

"L'oisiveté est la mère de tous les vices, a dit le proverbe, et la tuberculose n'éteint pas les penchants. Elle les exagère même, a-t-on dit. Mettons qu'ils persistent. La vie en commun, absolument inactive, dans un voisinage prolongé, répété chaque jour et parfois séduisant, n'amène-t-elle pas quelquefois des tentations trop fortes ? On m'a du moins affirmé que ces chutes étaient fréquentes..."

Cet argument a sa valeur. Et cependant, il n'est nullement prouvé que les tuberculeux soignés en dehors des sanatoria soient plus... sages que les autres, et l'on peut même se demander si les conditions d'indépendance dans lesquelles ils vivent ne multiplient pas pour eux les occasions dangereuses. Quoi qu'il en soit, nous pensons que l'objection n'est pas de celles qui portent à une cause le coup décisif, et nous en arrivons à une dernière critique, qui semble de beaucoup la plus grave de toutes celles qui ont été formulées contre les sanatoria.

Cette critique consiste à dénier toute valeur aux résultats des statistiques relatives aux sanatoria, à dire que là, plus encore qu'ailleurs, "bien des causes viennent altérer dans leur signification et dénaturer dans leur portée les résultats des statistiques loyalement et consciencieusement établies," et que, par suite, il est à peu près impossible de se faire une idée exacte de la valeur réelle des sanatoria. De ces causes, les principales ont été exposées avec beaucoup de force dans l'article de M. Küss, que nous avons déjà cité.

Tout d'abord, certains tuberculeux quittent le sanatorium avant d'être complètement guéris ; d'autres, partis guéris ou à peu près, oubliant bientôt les recommandations reçues font des rechutes graves. De plus, dans certains sanatoria, on accepte des phtisiques atteints de lésions si avancées, que leur guérison est absolument impossible. Autant de malades dont les décès viennent assombrir les statistiques, sans que le sanatorium puisse être rendu responsable de ces insuccès.

Inversement, il arrive, à l'heure actuelle, dans certains pays et particulièrement en Allemagne, que l'on n'accepte dans les sanatoria que les tuberculeux à la première période. Grâce aux excellentes conditions hygiéniques auxquelles ils sont soumis, ces malades sont rapidement remis sur pied et vont grossir, peut-être à tort, les listes des guéris.

Sur ces listes figurent encore des malades atteints de tuberculose spontanément curable, des malades non tuberculeux, mais simplement suspects, et même des malades qui n'ont fini de se guérir que chez eux. Ajoutons, enfin, que les directeurs de sanatorium acceptent l'hypothèse de guérison avec une facilité extrême, que ne justifie pas toujours l'examen clinique, et l'on comprendra alors la très naturelle méfiance que témoignent certains auteurs pour les résultats des statistiques relatives aux sanatoria.

Il importe cependant de se garder de toute exagération : les résultats des statistiques ont souvent été supérieurs aux résultats des sanatoria, le fait est incontestable, mais il n'en est pas moins vrai que les sanatoria ont constitué, sur toutes les méthodes thérapeutiques anciennes, un immense progrès. La nature si spéciale des soins qui y sont donnés, la réunion, en eux, de tous les éléments de guérison en imposent l'emploi à tous les tuberculeux, pauvres ou riches, et font des sanatoria une nécessité sociale dont devra bientôt se préoccuper le législateur.

(Gaz. des hôp.)

CHIRURGIE

Retention d'urine traitée par les injections intra-urétrales de cocaïne.

M. L. Martel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, admet que dans un assez grand nombre de cas

même lorsqu'il y a une lésion du canal ou de la prostate la rétention d'urine tient à un spasme de l'appareil sphinctérien de l'urètre. Aussi en présence d'une rétention aiguë, le chirurgien au lieu d'avoir recours immédiatement au cathétérisme, qui trop souvent devient une cause d'infection vésicale, si l'on n'a pas employé les plus minutieuses précautions d'antisepsie, doit user des moyens de douceur (cataplasmes, lavements chauds), et en cas d'insuccès, essayer avant la sonde, l'injection tiède d'une solution cocaïnée avec une seringue urétrale ordinaire.

Dans quatre cas de rétention d'urine observés à la suite d'un acte opératoire (cure radicale d'une hernie, d'hydrocèle, fracture de jambe par choc direct, chute d'un liou élevé), l'injection cocaïnée a un plein succès, et souvent après quelques minutes d'attente la miction spontanée a eu lieu (2 minutes, 1/4 d'heure). Dans l'un des faits rapportés par M. Martel, l'injection pratiquée cinq jours de suite a toujours provoqué l'évacuation spontanée de l'urine. C'est en vain que dans ce dernier cas, soupçonnant l'injection d'agir par suggestion, on tenta simplement d'injecter de l'eau bouillie : le résultat en fut nul et l'effet recherché ne se produisit bien réellement qu'en présence de la cocaïne.

Voici la technique mise en usage par le docteur L. Martel : Il se sert d'une solution de cocaïne à 1/50 ; l'injection, tiède ou chaude, est faite avec une seringue urétrale ordinaire de la capacité de 6 à 7 centimètres cubes et poussée sans force. Au retrait de la seringue le méat étant obturé et pincé avec les doigts, on fait quelques malaxations du canal tendant à refouler l'injection qui le distend vers l'urètre profond ; une ou deux minutes suffisent ; le méat relâché 4 à 5 gr. de l'injection s'écoulent. Au bout d'un temps plus ou moins long le malade qui a continué à souffrir de coliques vésicales sent brusquement l'obstacle vaincu et se sent uriner. Dans l'observation où l'injection a dû être pratiquée pendant cinq jours et demi, le temps écoulé entre l'injection et la miction correspondante a été d'abord très court (2 minutes), puis d'un quart d'heure, d'une demi-heure, et une fois même au quatrième jour l'attente a été de trois heures. Peut-être s'était-il produit une sorte d'accoutumance ?

Un procédé si simple, si anodin, est certainement utilisable dans d'autres états aigus, tels que la rétention d'urine chez des tuberculeux, des blennorrhagiques, et peut-être aussi dans les rétentions par engorgement de la prostate et rétrécissement de l'urètre. Dans ces rétentions le spasme sphinctérien est souvent des plus évidents et la cocaïne peut le vaincre. La seule contre-indication à ce moyen paraît être l'existence d'une plaie du canal (rupture ou fausse route) permettant une absorption trop facile ou trop rapide de la cocaïne.

(La Loire méd. — Lyon méd.)

Les serums artificiels en chirurgie.

Le nom de sérum artificiel est donné à la solution normale de chlorure de sodium ainsi formulée :

Chlorure de sodium.....	5 grammes.
Sulfate de soude.....	10 —
Eau distillée.....	1000 —

Dans les débuts, le sérum artificiel n'était employé que pour combattre les pertes sanguines profuses ou les accidents du shock opératoire ; mais une récente discussion entamée à la Société de chirurgie, de Paris, a ouvert des horizons nouveaux à une thérapeutique qui cadre avec les données nouvelles de la sérothérapie.

M. Bouilly a démontré l'importance des injections de sérum artificiel dans le traitement des infections. Ces injections pratiquées dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les veines rencontrent de nombreuses indications.

Plus facile, plus pratique, l'injection sous-cutanée sera faite pour remédier aux hémorragies, au shock et cédera la place aux injections intra-veineuses dans les cas d'urgence, de danger pressant, comme c'est l'ordinaire dans les infections. Les opinions émises à la Société de chirurgie nous montrent M. Segond utilisant les injections d'une manière méthodique dans les hystérectomies graves ; MM. Bouilly, Pozzi, Michaud suivent la même pratique. M. Rochard les a aussi employées avec grand succès.

Dans un cas, entre autres, après une laparotomie grave, longue et suivie d'une abondante perte sanguine, l'opérée reçut 300 grammes de sérum artificiel ; la patiente, considérée comme morte, était sauvée le lendemain.

Les praticiens auront de fréquentes occasions de recourir aux injections de sérum artificiel après les hémorragies post-partum.

La formule de sérum, donnée ci-haut, doit être stérilisée par l'ébullition dans un vase clos ou dans un ballon à deux tubulures. Pour l'injection, il faut aseptiser le champ opératoire. Le lieu d'élection est la région fessière près de la hanche ou la face externe de la cuisse. L'injection est poussée lentement pour ne pas tendre trop fort les tissus.

Quand on ne possède pas de matériel spéciale pour ces injections (ballon à deux tubulures avec poire en caoutchouc pour exercer une pression sur le liquide) on se servira d'une seringue à injection d'une contenance de 10 c. c. ou même, selon le conseil de Duplay, d'une aiguille munie du tuyau de caoutchouc d'un mètre de longueur se rendant au réservoir. Dans ce cas, la pesanteur du liquide, tenu à un mètre de hauteur, suffit à faire pénétrer dans les tissus.

Dans les cas urgents, les chirurgiens emploient l'injection intra-veineuse.

La dose maxima de sérum artificiel poussée en une fois a été de deux litres, mais d'ordinaire environ 1,000

à 1.500 grammes suffisent. L'opération peut être répétée jusque 3 fois le même jour. M. Lejars a employé, chez un malade qu'il a sauvé, vingt-six litres de sérum artificiel en neuf jours. C'était dans un cas d'infection et on peut vraiment dire que le chirurgien a lavé le sang du malade.

Cette thérapeutique est inoffensive et est appelée à jouer un grand rôle dans la thérapeutique des infections péritonéales. Son action se résume dans ce cas en une large élimination des toxines du sang par les émonctoires naturels, par les reins surtout, ce qui se marque par l'abondance des émissions d'urine. La méthode a d'autant plus de chances de réussite que les reins sont intacts : ainsi chez les individus jeunes.

(J. de méd. de Paris.)

OBSTETRIQUE

Les hémorragies de la délivrance.

Par M. le prof. PINARD.

Je trouve, Messieurs, dans l'observation d'une femme accouchée depuis peu dans notre service une question d'intérêt pratique et c'est pour cela que je veux vous en entretenir aujourd'hui. Il s'agit d'un multipare enceinte pour la douzième fois. Elle ne présente rien de particulier comme antécédents héréditaires ou pathologiques. De ces douze grossesses, dix se sont terminées spontanément, et les enfants sont encore vivants actuellement. Deux fois seulement la grossesse a été interrompue, la première fois en 1880 où il y a eu un avortement à 3 mois de cause inconnue, et une seconde fois en 1896, où il y a eu un avortement à 2 mois d'une cause également inconnue.

Elle est donc enceinte pour la douzième fois ; ses dernières règles datent du 21 au 25 mai dernier et cette date nous montre qu'elle a été fécondée longtemps après ses dernières règles ; vous savez à quoi vous en tenir à ce sujet. Sa grossesse a évolué normalement ; elle se repose depuis six mois ; aucune trace d'insuffisance rénale ni pendant la grossesse ni pendant le travail. Cette femme est arrivée dans le service le 15 février dernier ; elle présentait alors deux choses anormales, l'une pathologique, l'autre ni pathologique ni normale. Elle présentait d'abord une hernie ombilicale, ce qui s'observe assez fréquemment chez les grandes multipares ; ce n'est pas constant, on observe de grandes multipares dont la paroi abdominal est encore très résistante, aussi résistante que lors du premier accouchement, c'est donc une question de tissu. Cette hernie n'est pas très volumineuse, et ce fait, bien que pathologique, ne nous a nullement inquiété. Souvent, sinon la plupart du temps, la grossesse fait dis-

paraître les hernies, surtout les hernies inférieures ; presque toujours le sac est déshabité pendant la grossesse. Il n'en est pas de même pour les hernies ombilicales ; le plus souvent elles persistent, pas toujours cependant, mais généralement il n'en résulte aucun accident.

La deuxième constatation que nous avons faite était la suivante. L'enfant se présentait par le siège, ce qui est anormal mais non pathologique. Je vous rappelle que plus une femme a d'enfants, plus elle est prédisposée aux mauvaises présentations, c'est-à-dire que la sollicitation à l'accommodation s'atténue. Donc, la présentation, doit être d'autant plus surveillée qu'il s'agit d'une multipare, et, dans notre cas, on a eu l'idée de changer la présentation si celle-ci ne s'était modifiée elle-même. Ces mutations de présentation, nous l'avons montré, se voient assez souvent à la fin de la grossesse, surtout chez une multipare. Voilà donc comment cette femme accoucha d'un enfant qui se présenta par le sommet en gauche antérieure. Le travail marcha rapidement, ceci est intéressant, car, chez un certain nombre de grandes multipares, on voit apparaître d'abord, puis s'accroître ensuite une véritable impotence de l'organisme ; il semble que l'organisme et l'organe utérin soient surmenés, et il a lieu de craindre un accident pendant la délivrance, alors que le surmenage a été intense. Ici, je vous le répète, le travail marcha très rapidement puisqu'il dura trois heures environ. La dilatation fut complète 1 hr. 55 minutes ou près de deux heures après l'entrée de la femme ; la période d'expulsion est généralement rapide chez les grandes multipares, elle fut très rapide dans notre cas, et l'expulsion eut lieu cinq minutes après la dilatation complète. L'enfant pesait 3 k. 810 gr. C'est en raison de cette rapidité de l'expulsion qu'il faut chez une multipare, lorsqu'on a constaté la dilatation complète que tout soit prêt pour recevoir l'enfant.

Cinq minutes après l'expulsion du fœtus, il y eut expulsion spontanée du placenta. Il est toujours mauvais qu'une délivrance se produise cinq minutes après l'expulsion, que ce soit une expulsion spontanée ou une expulsion artificielle. En effet, les membranes sont incomplètes, la délivrance est incomplète. Effectivement, dans notre cas, elle fut incomplète. Les portions des membranes qui restent dans l'utérus sont ultérieurement expulsées en bloc ou insensiblement par petits fragments, mais il faut prendre des précautions antiseptiques. La délivrance rapide est encore mauvaise à un autre point de vue. Il faut redouter en effet ce qui s'est passé chez cette femme. Aussitôt après l'expulsion de la masse placentaire, la femme a perdu du sang, le pouls est monté à 90, 110, 134 ; il y avait hémorragie. Autrefois on distinguait une hémorragie physiologique et on disait qu'il y avait hémorragie physiologique lorsque la femme restait colorée et que la quantité de sang perdue était faible mais il y a des femmes ordinairement pâles, ensuite il y a des femmes qui n'expulsent pas de sang quoiqu'ayant

une hémorragie grave. Ne vous basez donc pas sur la quantité de sang expulsée, je vous ai montré notamment comment, dans certains cas, dans un jeune ménage par exemple, on pouvait être effrayé à tort à la vue du sang coulant jusqu'à terre, le linge neuf ne s'imprégnant pas de sang. Non, c'est sur le pouls qu'il faut vous baser. S'il reste normal, rien à craindre ; si, au contraire il est fréquent, faites vos préparatifs.

Y a-t-il des femmes qui sont prédisposées aux hémorragies pendant, avant ou après la délivrance ? On a dit, on a beaucoup trop insisté sur ce point, que les femmes qui ont de l'albuminurie étaient plus exposées que les autres à avoir des hémorragies pendant la délivrance ; on a dit que ces hémorragies pouvaient faire mourir les femmes. Eh bien, en somme, ces hémorragies, sans être absolument rares chez les albuminuriques, ne sont guère plus fréquentes chez elles que chez les autres femmes. Mais rappelez-vous que ces femmes ont des chances pour avoir des hémorragies.

Une autre catégorie de femmes a des chances pour avoir des hémorragies pendant la délivrance, comme pendant la grossesse ; ce sont les cardiaques, et dans deux cas, je me suis demandé si j'allais être maître de l'hémorragie tellement elle était abondante, le sang bouillonnait, coulait à flots aussitôt après l'expulsion du fœtus. Les changements de pression dans la circulation sont la cause de ces hémorragies.

Il y a ensuite ces grandes multipares qui ont présenté déjà de l'impotence fonctionnelle dans des accouchements antérieurs. A côté de ces femmes, rapprochez celles qui ont eu des grossesses multiples, une hydropisie de l'amnios, un gros œuf, gros enfant, gros placenta. Et je passe à celles qui ont une expulsion rapide du placenta ce qui nous ramène au cas qui fait l'objet de cette leçon. Il y a eu là un gros enfant, beaucoup de liquide amniotique, un gros placenta, et une expulsion rapide du placenta.

Enfin, une dernière catégorie de femmes est exposée aux hémorragies de la délivrance. Ces femmes ne présentent rien d'anormal, elles sont primipares ou multipares, cependant elles peuvent avoir des hémorragies : ce sont les femmes auxquelles une mauvaise nouvelle est apprise, la perte de quelqu'un ou celles, qui ont perdu des enfants antérieurement. En un mot, les émotions déterminent dans le système nerveux un tel trouble qu'il peut y avoir hémorragie. Je laisse de côté les adhérences anormales du placenta qui ne rentrent pas dans notre cadre actuel.

Eh bien, en cas d'hémorragie de la délivrance, faites vos préparatifs, vous ai-je dit, préparez vos armes, c'est-à-dire les mains et les avant-bras, car c'est la main et l'avant-bras qu'il faut introduire dans les organes génitaux si la délivrance n'est pas faite. Ayez donc vos mains et vos avant-bras propres, car il faudra dans certains cas que vous introduisiez vos deux mains et vos deux avant-bras. Mais il y a d'autres armes à employer.

Pendant ce temps en effet, il faut faire préparer de l'eau chaude à 50 degrés ; car immédiatement après la délivrance on réintroduit la main dans l'utérus, cette main est alors armée d'une sonde, celle que vous aurez à votre disposition. La sonde dont nous nous servons, vous l'avez déjà vue employer dans notre service, c'est la sonde plate en verre de Tarnier qui se nettoie facilement, c'est celle que je vous recommande, mais, si vous ne l'avez pas, employez celle que vous aurez sous la main. On fait donc couler par l'intermédiaire de cette sonde de l'eau à 50° dans la cavité utérine, à 48° au moins, sinon vous n'aurez pas d'action efficace. La femme se plaindra en disant que cette eau la brûle, ne craignez rien si vous savez le degré auquel vous l'avez fait préparer et d'ailleurs votre main vous renseignera à cet égard. Vous ne cesserez l'injection que lorsque l'utérus sera absolument contracté sur votre main et lorsque l'eau sortira aussi claire que celle que vous emploierez. Quant au seigle ergoté, nous ne l'employons plus ni pendant le travail, ni lorsque l'utérus est vide.

Depuis l'emploi de cette méthode, nous n'avons pas perdu une seule femme d'hémorragie, je parle, bien entendu de l'hémorragie utérine ordinaire, même chez les cardiaques. Pendant que vous cheminerez dans l'utérus pour décoller le placenta, faites vous accompagner par l'eau chaude, jamais la contractilité de l'utérus ne vous fera défaut. Et, si vous n'avez pas attendu que l'organisme soit privé de sang, vous ne perdrez jamais une femme d'hémorragie.

(Ind. méd.)

GYNECOLOGIE

La technique des interventions sur la glande de Bartholin.

Par M. le Pr CH. AUDRY (de Toulouse).

Dans une note récente (*Archiv. f. Derm. u. Syph.*) M. Hügel, un assistant de Wolff (de Strasbourg), résume les procédés indiqués depuis Huguier pour l'extirpation des glandes de Bartholin. Tantôt on incise directement sur la glande, tantôt, comme le conseille Hügel, entre la grande et la petite lèvre, tantôt sur le bord externe de la grande lèvre (Th. de Fauvel), etc.

Tous ces procédés sont bons, mais à la condition d'en préciser les indications.

A mon avis, toutes les fois qu'il s'agit d'une glande kystique, suppurée ou non, mais fortement augmentée de volume, toutes les fois en un mot que le relief de la tumeur à exciser est facilement perceptible à travers l'épaisseur du tégument et du tissu conjonctif de la grande lèvre, il faut passer à travers celle-ci. On fait alors une incision suffisamment longue siégeant sur la partie saillante de la grande lèvre même.

Avec l'index de la main gauche, introduit dans le vagin, on fait saillir la glande jusqu'à ce qu'on l'ait découvert en incisant couche par couche. On la saisit alors avec une pince à griffe et on la dissèque avec des ciseaux. Il est fréquent, mais non nécessaire, qu'on ouvre la muqueuse vulvaire au niveau du pore bartholinien ; mais cela n'a pas d'inconvénient sérieux. En général, il est bon de faire un drainage.

La cicatrice devient très petite et se dissimule dans les poils. On a très peu d'hémorragie, et on opère conformément aux principes élémentaires de l'antisepsie qui doivent nous éloigner de l'orifice vulvaire dans la mesure du possible.

Il y a malheureusement un assez grand nombre de cas où la glande est à peine perceptible au toucher ; et celles-là on est bien obligé de les attaquer directement, sinon, on les perd positivement. En pareil cas, les hémorragies sont non pas graves, mais très désagréables, difficiles à arrêter, et la cicatrisation se fait moins vite et moins aseptiquement.

D'une manière générale, on ne doit inciser la muqueuse vulvaire en quelque point que ce soit, que s'il y a impossibilité de faire autrement. Toutes les fois qu'on le peut, il faut prendre la voie transcutanée, qui est la plus sûre, et, en réalité, la plus simple.

(J. de méd. de Paris.)

THERAPEUTIQUE

Traitement des hémoptysies par l'eau oxygénée.

M. André Jousset, interne des hôpitaux, a eu l'occasion d'observer dans le service de son maître, M. Chauffard, un malade atteint d'hémoptysies abondantes et rebelles à tous les traitements classiques, qui fut traité avec un plein succès par les injections intra-pulmonaires d'eau oxygénée. Chez ce malade, jeune homme d'une vingtaine d'années atteint d'une tuberculose à forme congestive et de date récente, nettement localisée au sommet droit, on employa successivement, et sans tarir ni même amender l'hémoptysie, l'ergotine, l'ipéca, l'acide gallique, le tannin en y combinant la réfrigération externe et les injections sous cutanées de gélatine.

En présence des dangers imminents d'une syncope, le malade étant presque complètement exsangue, M. Jousset se décida à employer l'eau oxygénée, dont l'application était facilitée par la localisation précise du foyer de l'hémorragie. Il fit donc dans le deuxième espace intercostal droit, un peu en dedans de la verticale mamelonnaire et à 3 centimètres de profondeur, une injection intra-parenchymateuse d'un centimètre cube d'eau oxygénée à 12 volumes. L'injection poussée très lentement à l'aide d'une longue aiguille capillaire fut

très bien supportée. Deux minutes après, le malade accusa une légère brûlure qui cessa rapidement. L'hémoptysie tomba de 200 grammes, moyenne quotidienne, à quelques crachats sanguinolents et s'arrêta définitivement le surlendemain, après une deuxième injection réclamée par le malade.

Outre l'intérêt thérapeutique présenté par cette intervention, il est bon de signaler les modifications anatomiques qu'elle occasionne : les râles humides disparaissent pour faire place à un souffle intense dépendant vraisemblablement d'induration tuberculeuse, comme aussi de sclérose pulmonaire, cette dernière interprétation justifiée par des constatations expérimentales faites par l'auteur sur des animaux. L'eau oxygénée semble avoir, de plus, une action caustique qu'il faut peut-être imputer à son acidité notable.

Sans croire que cette méthode soit susceptible d'une application bien courante, M. Jousset estime qu'elle pourra s'adapter à certains cas médicaux exceptionnels où l'origine de l'hémorragie sera possible à préciser et surtout peut-être dans les hémoptysies chirurgicales.

(Gaz. des hôp.)

FORMULAIRE

Liniment calmant.

(GUÉNEAU DE MUSSY)

Baume tranquille.....	50 grammes.
Laudanum de Rousseau....	} à 7 gr. 50.
Teinture de belladone.....	
Chloroforme.....	5 grammes.

On pratique des onctions, à l'aide de ce mélange, sur les régions douloureuses des personnes atteintes de fièvre typhoïde.

Mixture pour badigeonnages contre l'angine scarlatineuse des enfants.

(M. A. MOUSSOUS)

Glycérine.....	33 grammes.
Acide phénique.....	1 —

Mélez. — Pour faire de fréquents badigeonnages de la gorge.

Dans les cas intenses, M. le Dr Moussous, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, emploie un mélange de camphre et d'acide phénique, ou de camphre et de naphthol.

Travaux Originaux

Du vertige de Ménière et son traitement

par le Dr JÉHIN-PRUME

Chirurgien des hôpitaux, ancien chef de clinique à Paris,

Membre de la Société d'otologie de Paris.

(Suite)

III

PATHOGÉNIE — DIAGNOSTIC — PRONOSTIC.

Nous nous souvenons que Ménière, après la mort de la malade qui fit le sujet de sa première observation, procéda à l'autopsie du sujet et trouva : " Que les canaux demi-circulaires étaient comblés par un exsudat plastique d'une coloration rougeâtre. Exsudat gagnant le vestibule, sans toutefois atteindre le limaçon, qui était du reste d'apparence normale..."

Il est important de bien connaître l'anatomie pathologique de la maladie que nous étudions et ici encore nous allons avoir recours à l'expérience des grands maîtres.

MÉNIÈRE fut le premier à décrire la maladie, et y donna pour cause : une hémorragie intra-labyrinthique.

TOYNBÉE écrivit : De légères extravasations dans le labyrinthe se produisent à la suite de fortes hyperhémies à développement rapide, le plus souvent dans le cours du typhus, de la variole, de la scarlatine et des oreillons, avec ou sans ecchymoses simultanées sur la muqueuse de l'oreille moyenne. La déchirure des vaisseaux sanguins est favorisée par la dégénérescence athéromateuse des artères et par les hyperhémies chroniques d'arrêt dans les maladies du cœur. La place des ecchymoses est le plus souvent la lame spirale et la face externe du modiolus, plus rarement les petits sacs du vestibule et les ampoules. Le sang extravasé peut être résorbé, ou bien la matière colorante du sang reste sous forme de pigment grenu ou écailleux.

POLITZER a observé un cas (A. Politzer : Fractures du Crane et Fissure du Rocher) où la fissure partant de l'occiput passait par les deux rochers et où, par suite d'un fort épanchement de sang dans la cavité du labyrinthe, il survint une surdité totale au milieu des symptômes apoplectiformes de Ménière.

Moos a observé le syndrome de Ménière chez un malade ayant eu une fracture de l'apophyse mastoïde par une arme à feu : ici il y avait extravasation de sang

dans le labyrinthe, sans qu'il y eut lésion simultanée de cet organe.

KNAPP l'a signalé dans la carie étendue du temporal, particulièrement dans la carie et nécrose de la pyramide du rocher.

POLITZER l'a trouvé dans plusieurs cas de carie et nécrose de la pyramide du rocher, où la capsule labyrinthique n'était pas cutanée ; il a donc trouvé quelques parties du labyrinthe, spécialement le limaçon, couvertes de sang extravasé brun-noir.

LUCÆ, chez un enfant de quatre ans, qui devint totalement sourd au cours d'une méningite basilaire tuberculeuse, a trouvé une inflammation hémorragique des canaux semi-circulaires et des vestibules des deux oreilles.

POLITZER, dans son traité sur les maladies des oreilles, page 650, dit :

" Quoiqu'on ne soit pas autorisé à reconnaître le résultat d'autopsies au cas isolé de Ménière comme la base anatomique de la surdité apoplectiforme si fréquemment observée cliniquement, d'un autre côté le nombre des cas d'épanchement dans le labyrinthe sans la complexité des symptômes de Ménière est trop faible pour permettre d'affirmer que l'affection n'est pas généralement due à une hémorragie ou exsudation dans le labyrinthe. Car ce n'est pas l'hémorragie ou l'exsudation en elle-même, mais son action sur certains tissus du labyrinthe membraneux qui provoque la production des symptômes. Il est fort probable, que là, où l'extravasation produit une irritation des nerfs et des ampoules, les symptômes de Ménière sont fortement prononcés, tandis qu'ils peuvent manquer complètement si l'épanchement de sang n'agit pas directement sur les nerfs du vestibule et des ampoules."

Le Dr ANTOINE COURTADE dans son ouvrage "Anatomie, physiologie et séméiologie de l'oreille" page 186, écrit :

" La maladie de Ménière au point de vue nosographique constitue une entité morbide, caractérisée par une lésion congestive ou hémorragique du vestibule et des canaux demi-circulaires."

En somme quelles sont les lésions pouvant causer le vertige labyrinthique ?

D'abord la sclérose de la cavité tympanique (oreille moyenne). Cette maladie se présente à l'âge adulte chez des sujets arthritiques, goutteux, rhumatisants, artérioscléreux, herpétiques (Lancereau). Ceci serait unes des causes que le vertige se présente, dans la

majorité des cas, dans l'âge adulte (Gille de la Tourette) La sclérose mène comme on le sait à l'ossification (ankylose) des articulations des osselets, d'où compression permanente du fluide labyrinthique sans possibilité de recul vers la fenêtre ovale.

Les arthritismes des osselets amènent une perte complète de l'élasticité de la chaîne, ce qui donne le même résultat que la sclérose.

La suppuration de la caisse du tympan peut également conduire au même résultat.

Nous avons vu que toutes causes de compression pouvaient donner du vertige : de là, le catarrhe tubaire, un bouchon de cérumen peuvent donc provoquer le symptôme. Enfin nous avons également les affections primitives du labyrinthe, mais celles-ci semblent être assez rares.

Dans deux cas de vertige observés par *Lucas*, il y avait sclérose de la caisse avec ankylose des osselets. *Féré* a rapporté une observation dans laquelle le vertige avait été causé par un énorme bouchon de cérumen. Sur 8 décès causés par le syndrome de Ménière, Dr *Gellé* trouvait à l'autopsie, trois dus au mal de Ménière, deux au mal de Gruber (1) et le reste à des scléroses de la caisse.

GILLE DE LA TOURETTE mentionne comme cause du vertige la leucocythémie qui peut causer dans l'oreille interne des hémorragies ou encore produire des dépôts spéciaux pouvant provoquer le symptôme.

SCHWALBE, dans une étude, a démontré que les artères de l'oreille interne, spécialement celles du limaçon, sont sinueuses et forment de véritables glomérules. De ces glomérules s'échappe un sérum qui forme le liquide intra-labyrinthique. Sous l'influence de l'artériosclérose, la tension sanguine étant augmentée dans ces glomérules, il y aura nécessairement une augmentation de la pression du liquide labyrinthique d'où.....

Le Dr BOUNIER a donné la maladie de Bright comme étant une des causes du syndrome de Ménière. Chez un grand nombre de malades atteints de cette affection, il a trouvé une quantité notable d'albumine.

De toute façon, les opinions que nous venons de citer nous indiquent qu'il est nécessaire de faire un examen complet du malade : Perméabilité des trompes d'Eustache, état du conduit auditif externe, situation du tympan, flexibilité de la chaîne des osselets, état de la caisse. Examiner l'état général du sujet, au point de vue I—Système

me nerveux central et périphérique ; II — Circulation ; III — Digestion ; IV — Urines. J'insisterai du reste, un peu plus loin, sur le diagnostic.

* * *

Le diagnostic réel de la maladie de Ménière ne fut pas toujours reconnu. Même après la publication de l'observation de Ménière, il y eut des doutes, et bien des médecins, même des princes de la science, se perdirent dans le dédale du diagnostic différentiel.

La maladie que nous étudions s'ouvrit donc aux connaissances scientifiques avec les travaux de Ménière et acquit son surnom avec les découvertes de Charcot. Mais, comme nous avons pu nous en rendre compte, nombreux furent ceux qui l'étudièrent et cherchèrent à l'expliquer, tant théoriquement que cliniquement. Plusieurs d'entre ceux-ci suivirent une fausse piste et se lancèrent à corps perdu sur une erreur de simple diagnostic différentiel. Tel fut du reste, l'origine du *vertige stomacal* de *Trousseau*. (1) Ce grand clinicien fit une étude qui est une véritable œuvre d'art. Cependant il attribue au vertige stomacal d'être en majorité dans les cas dits de vertige de Ménière. A ce sujet Gille de la Tourette dit :

" Il n'a pas l'intention de nier l'existence du vertige stomacal. Je dois, cependant dire, en toute sincérité, que durant les nombreuses années que j'ai passées dans le service de Charcot à la Salpêtrière, je n'ai pas rencontré un seul cas atteint de cette maladie."

De plus le vertige stomacal est une affection rare, je dirai même mieux, beaucoup plus rare que l'affection de Ménière.

Pour être pratique, je vais passer en revue les différentes maladies avec lesquels le syndrome de Ménière pourrait être confondu.

I. *Vertige stomacal*, (*Vertigo a stomacho laeso*) (*Trousseau*). Le diagnostic différentiel entre cette maladie et le vertige de Ménière est assez tranché. D'abord tous les phénomènes sont ici moins accentués, le vertige moins fort, et l'absence de surdité est suffisante pour confirmer le diagnostic. Il arrive cependant des cas chez lesquels le vertige de Ménière prend à table, pendant le repas (déglutition, congestion céphalique). De toute façon, l'examen de l'acuité auditive enlèvera les doutes, et le manque de perte de connaissance supprimera l'idée de congestion cérébrale. (*Gellé*) De toute façon

(1) Hémorragie de l'oreille moyenne. (Gruber de Vienne)

(1) *Trousseau*, Cliniques Médicales à l'Hotel-Dieu, Paris 1894, 8ième édition Tome III, page II.

aussi il sera important de bien étudier le malade et voir si, chez lui, il n'a pas existé des troubles chroniques stomacaux.

II. *Vertige laryngien* : Cette maladie, ou plutôt ce symptôme fut étudié par Krishaber, Cherchevsky et le professeur Charcot. En voici une description que nous empruntons à l'ouvrage de Burnett. (1)

(Traduction) Le nom de chorée laryngée ou vertige laryngien a été donné à un spasme, dû à des mouvements choréiques, irréguliers du larynx. Ces spasmes peuvent même se continuer pendant le sommeil, sans que le malade soit réveillé par les sons produits par l'action irrégulière des muscles laryngiens. La toux du vertige laryngien ressemble à l'aboiement d'un chien. Cette maladie arrive généralement vers l'âge de puberté ; on l'a cependant constatée chez des sujets d'âge avancé."

(à suivre)

Coq-à-l'âne médicaux.

La rate dans la syphilis acquise. — D'après une étude de 48 cas, Colombius (de Sienna), tire les conclusions suivantes : — 1° Le volume de la rate est augmenté dans la syphilis acquise ; 2° cette hypertrophie s'observe dans la deuxième période d'incubation, peu de temps avant l'apparition des symptômes généraux ; 3° La splénomégalie croît avec les symptômes généraux, change et disparaît en même temps qu'eux ; 4° Il n'y a pas de tuméfaction de la rate dans les phases ultérieures de la période secondaire ; ni à la période tertiaire ; à la période primaire, elle est l'exception ; 5° La tuméfaction reste toujours dans les limites restreintes ; ne dépasse presque jamais la ligne axillaire antérieure ni l'arc costal. Elle se fait principalement dans le sens transversal et vers la colonne vertébrale. 6° Cette tuméfaction splénique peut aider à confirmer un diagnostic de syphilis. (Ind. méd.)

L'insufflation de l'estomac comme moyen de diagnostic. — L'insufflation modérée aide souvent beaucoup à localiser une tumeur suppurée gastrique et rend parfois certains caractères plus nets. Cette petite opération se pratique avec une sonde molle, de moyen calibre auquel on adopte une poire à soufflerie.

Rhumatisme articulaire. — Les traitements qui ont donné les meilleurs résultats au New-York Hospital sont

les suivants : 1° *Rhumatisme articulaire aiguë* : au début, séjour au lit, régime lacté, cathartiques ; salicylate de soude par la bouche ou par le rectum, combiné au bromure de sodium, s'il y a des symptômes cérébraux. Localement, le salicylate de méthyle.

2° *Période sous-aiguë* : — Séjour au lit si les symptômes sont sérieux, diète assez généreuse, iodure de potassium et alcalins ; salicylate de méthyle localement ; bains d'air chaud contre la raideur ou le gonflement articulaire.

3° *Période chronique* : — Diète généreuse : eaux alcalines en abondance, KI ou alcalins, bain d'air chaud.

4° *Rhumatisme musculaire* : — Salol et phénacétine (Med. Rec.)

Le ventre en accordéon. — M. Beruheim appelle ainsi le ventre que présentent certaines femmes nerveuses, gonflé et sonore comme dans une tympanite, mais qui peut se dégonfler rapidement, sans émission de gaz ; c'est une pseudo-tympanite, causée par une contracture du diaphragme, fortement abaissé et à peu près immobile.

De la cystine dans les eaux contaminées. — Cause (Lyon médical) termine ainsi un excellent travail sur ce sujet ; 1° La présence de la cystine unie au fer, dans les eaux contaminées, peut être considérée comme le résultat des infiltrations d'eaux d'égouts ou de fosses d'aisances ; l'urine humaine contient de la cystine et aussi du fer, et l'on ignore à quel composé organique il est combiné. 2° Les eaux cystinées renferment peu ou point d'ammoniaque ; l'on n'y peut déceler ni matières albuminoïdes, ni nucléoprotéïdes ; elles sont le siège d'une vie bactérienne très active. Ces faits porteraient à croire que les matériaux d'infiltration sont assimilés par quelque microbe, qui excréterait de la cystine. 3° La cystine est au maximum en septembre et octobre — au minimum en février et mars. — Le réactif employé est le chloromercurate de paramidosulfonate de sodium avec lequel la cystine donne une couleur rouge orangé

La mydriase monoculaire persistante chez l'adulte. — A la Société de médecine de Lyon, le Dr Grandclément, trouve dans cette mydriase persistante l'indication d'une affection cérébro-spinale toujours grave. La syphilis étant le plus souvent en jeu, il institue un traitement mercuriel. (Lyon méd.)

Le bain chaud comme aide au palper abdominal. — Le bain chaud, dans beaucoup de cas, amène un relâchement très considérable des parois abdominales et facilite singulièrement le diagnostic. Le Dr Dook (West

(1) C. H. Burnett (Philadelphie U. S. A.) *Systems of Diseases of the ear, nose and throat* (1898)

Med. Rec.) place la malade dans un bain à 100 F ; puis élève graduellement la température à 110, même à 120 F ; dans cinq à dix minutes, le relâchement est obtenu.

Le prurit traité par la chaleur. — E. Andrews (Clim. Rev.) conseille la chaleur sèche ou humide comme un des meilleurs agents à employer contre toutes les formes de prurit.

Personnellement nous avons réussi dans un cas de prurit vulvaire rebelle à tout par les bains d'air chaud sec à 200° ou 300° F. une fois tous les jours, pendant 15 à 20 minutes chaque séance.

Etiologie de la rhinite atrophique. — Rosworth, de New-York, maintient que cette maladie dérive d'une rhinite purulente dans l'enfance, et n'est nullement la conséquence de l'hypertrophie de la muqueuse. Il n'a vu qu'un seul cas avéré guéri. — Il est donc de toute importance de guérir le plus rapidement possible chez l'enfant toute rhinite.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Angine et endocardite.

M. Røger a recherché l'existence de souffles cardiaques dans 120 cas d'angines ; il a éliminé dans sa statistique les cas de diphtérie ou ceux qui s'accompagnaient d'exanthèmes. Sur le nombre de cas examinés il a noté 24 fois un souffle cardiaque, le plus souvent systolique et à la pointe du cœur ; sur ce nombre, 10 fois le souffle était certainement apparu après l'angine, il disparut 14 fois seulement et persista dans les autres cas. Cette persistance prouve que, dans une proportion de 8 p. 100, l'angine détermine une lésion organique du cœur, due à un processus inflammatoire vrai de l'endocarde portant sur l'appareil valvulaire. Dans 13 de ces 24 cas on notait la présence de vésicules gris jaunâtre sur les amygdales ou la voûte palatine ; 5 fois il existait en même temps de l'herpès labial.

(Munch Med. Wochen. — Wien. Med. Wochen.)

La saignée dans le coup de chaleur.

M. C. Klein rapporte l'observation suivante qui, par les chaleurs que nous traversons, ne manque pas d'intérêt.

Un homme de 28 ans, sobre et bien portant, fut engagé comme chauffeur à bord d'un navire. Le second jour de la traversée, il s'acquitta pendant plusieurs heures de ses fonctions avec zèle. Malgré sa force, il manquait d'habitude, et il ne tarda pas à se plaindre de soif vive ; puis il perdit connaissance et fut pris de convulsions générales. Apporté sur le pont, on lui fit des applications de glace, et la respiration artificielle ; on voulut lui faire respirer du chloroforme, mais cela parut aggraver son état, quatre hommes avaient peine à le maintenir et à l'empêcher de se blesser dans ses spasmes.

Il ne reprenait pas connaissance. son pouls devenait petit, la cyanose s'accroissait et la mort semblait proche par suite de l'œdème pulmonaire, quand M. Klein lui fit une saignée de 220 grs. Aussitôt le pouls se releva et devint plus lent ; la respiration devint plus tranquille et plus profonde ; les convulsions s'arrêtèrent progressivement, tandis que le visage, de bleu, devenait pâle. Le malade tomba dans un sommeil calme qui dura dix heures, au bout desquelles il se réveilla fatigué et abattu, mais bien portant et ayant de l'appétit. Huit jours après il put reprendre son travail d'une façon modérée.

(Bullet. méd. — Münch. med. Woch. — Gaz. des hôp.)

Râles crépitants perçus à distance.

MM. Ingelbans et L. Camus (de Lille) rapportaient récemment, dans l'*Écho médicale du Nord*, l'histoire d'une pneumonique chez laquelle le souffle tubaire et les râles crépitants étaient perçus à distance. Dans une note qu'ils publient depuis, ils tâchent d'éclairer le mécanisme de la production de ce phénomène :

« Il ne semble pas que la plus ou moins grande épaisseur de la paroi soit suffisante pour diminuer ou augmenter *sensiblement* l'intensité des bruits intra-thoraciques. Les solides sont très bons conducteurs du son. On nous dira que la paroi du thorax n'est pas homogène, et nous savons bien que c'est là une condition défavorable à la transmission ; aussi disons-nous simplement que l'intensité n'est pas *sensiblement* diminuée. Il va de soi que s'il s'agit d'un bruit normalement assez faible, comme le murmure vésiculaire, on l'entendra moins aux régions de la poitrine recouvertes d'épaisses couches de tissu par exemple au niveau des omoplates. Mais avec un bruit assez fort, il importe peu que la paroi soit épaisse : le son la traversera bien et on pourra y ajouter toute la longueur d'un stéthoscope *plein* sans (entraver) le passage des vibrations sonores. Le stéthoscope *plein*, qui n'a qu'un seul avantage, celui de localiser les bruits, n'a pas au moins l'inconvénient de les affaiblir.

D'ailleurs, les pneumoniques très musclés n'ont-ils pas, comme les autres, une augmentation notable des vibrations du thorax à la palpation ? En cherchant le

frémissement vocal, c'est le son lui-même que l'on palpe et il fait vibrer sans peine le thorax entier. Par contre ce qui ne vibre pas d'ordinaire, c'est l'air environnant : l'air n'est pas un bon conducteur du son. Pour qu'il entre en jeu à son tour, il faut une forte intensité des bruits : c'est tout bonnement là que nous en venons. Chez la femme en question ici, on entendait le souffle et les râles à distance, parce qu'ils étaient très forts. L'observation porte en effet : "Augmentation des vibrations thoraciques. On entend un souffle intense, avec bronchophonie éclatante et des râles nombreux d'un éclat tout particulier. " Souffle intense, râles nombreux et éclatants, c'est dans ces caractères, bien plus que dans la minceur du thorax, qu'il faut chercher la raison de la transmission à distance. Avec une paroi plus épaisse, il en eût été sans doute quasi de même.

De tels faits sont rares (mis à part ce qui a trait aux frottements et aux ronchus.) Gerhardt cite une malade atteinte de dilatation bronchique, chez laquelle on percevait, à l'autre extrémité de la chambre, des râles humides. On conçoit que l'abondance des râles soit pour beaucoup dans l'intensité du son total produit : de même leur superficialité.

La résonance n'a rien à voir dans l'explication du présent phénomène. Les premières voies respiratoires Poirry l'avait vu, peuvent renforcer par résonance les râles nés dans la profondeur. "Souvent, dit Eichhorst chez les phtisiques, et même chez les individus atteints de pneumonie ou de bronchite capillaire, on perçoit à quelque distance de la bouche du malade des râles qui donnent l'impression d'être nés directement dans la cavité buccale : ils viennent de la profondeur." Les parties supérieures de l'appareil respiratoire jouent alors le rôle de la cavité du stéthoscope creux, cavité de résonance, qui fait que le stéthoscope creux joint à l'avantage qu'il a de localiser les bruits celui de les renforcer.

Mais il n'y a pas de résonance à faire intervenir chez notre malade : les bruits s'entendaient derrière elle et pas du tout en avant. Leur intensité rend compte de leur transmission lointaine. Cette conclusion naturelle voulait être démontrée.

(Gaz. des hôp.)

CHIRURGIE

L'administration du chloroforme

d'après le professeur BERGER.

1° La sécurité de l'anesthésie dépend exclusivement de l'observation continue et rigoureuse de tous les caractères physiologiques qui résultent de l'action du chloroforme sur l'économie,

2° S'il en est un dont l'observation doive primer tous les autres, ce sont les phénomènes que l'on observe

du côté de la respiration, dont les perturbations annoncent presque toujours la proximité des accidents : cette surveillance de la respiration se fait avec l'oreille.

3° L'examen de la coloration de la face et la recherche des réflexes vasculaires ont une importance presque égale ; jamais dans une chloroformisation régulière le sujet ne doit être cyanosé ou présenter la coloration grisâtre de la face et des muqueuses qui indique un trouble certain de la circulation.

4° La recherche du réflexe palpébral est un guide très sûr, mais dont les indications n'ont cependant pas une valeur absolue.

5° Le début de la chloroformisation a une influence déterminante sur toute la durée de cet acte chirurgical. Une chloroformisation troublée dès le début sera toujours une chloroformisation difficile et parfois même dangereuse.

6° Le chloroforme doit être administré d'une manière continue au début et pendant la période d'excitation ; il doit être donné avec des intermittences réglées dans la période de tolérance.

7° Ce n'est que par un système d'oscillations que l'on parvient à déterminer les véritables limites entre lesquelles on peut maintenir le sujet dans la résolution chloroformique, en évitant le réveil et les accidents, mais en se tenant surtout à distance de ces derniers.

8° A mesure que la chloroformisation se prolonge, les limites de la période de tolérance se resserrent et l'on peut, avec de moindres doses, voir se produire des accidents de surcharge chloroformique.

9° Quand il y a le moindre doute sur l'interprétation des phénomènes que présente le sujet soumis au chloroforme, il faut immédiatement supprimer celui-ci jusqu'à ce que l'on soit parfaitement au fait de la situation du malade.

10° Avant toutes choses enfin, le chirurgien doit être parfaitement sûr de la bonne qualité du chloroforme qu'il emploie.

En se conduisant d'après ces principes, je n'affirme pas qu'on n'observera jamais d'accidents, mais je crois que ceux-ci pourront presque toujours être surpris dès leur apparition et arrêtés à temps. Il faut savoir se servir du chloroforme sans crainte, comme le chirurgien se sert d'un couteau qui est un instrument très dangereux, mais qui est très sûr entre les mains de celui qui sait s'en servir.

(Arch. de stom. — Gaz. méd. beige)

GYNÉCOLOGIE

La levure de bière contre le catarrhe cervical.

Par PAUL PETIT.

"Comme Landau, je me suis servi de levure fraîche, mais en prenant soin de renouveler chaque jour ma provision.

A son exemple, j'ordonne à la malade d'enlever le tampon imprégné de levure, le jour qui suit son application, ou bien je l'enlève moi-même, au bout de 48 heures, et, avant de le remplacer, je fais une injection d'eau bouillie. Le tampon étant très imbibé et la levure diluée, la malade doit se garnir ; elle doit aussi faire, matin et soir, un savonnage vulvaire, sous peine d'une odeur ai grelette, assez pénible. Dans 3 ou 4 cas, j'ai joint, au pansement vaginal, une instillation intra-cervicale, sans profit apparent mais sans dommage aucun.

Au reste, à part l'odeur plus haut signalée et qu'il est facile d'éviter, ce mode de pansement, contrairement aux appréhensions légitimes qu'il peut inspirer, m'a paru sans inconvénient. Je n'ai même pas eu à combattre les sensations du prurit intra-vaginal, signalées par Landau et qui céderaient à des injections alcalines.

Je rappelle que la levure de bière de bonne qualité, non altérée, se présente sous forme de pâte homogène, de couleur café au lait et ayant l'odeur de bière. Vou-lant avoir des résultats comparables, je n'ai jusqu'ici employé que ce produit. La levure sèche serait d'un em-ploi plus commode, mais celle dont j'ai fait l'essai, dans un cas, ne m'a pas paru avoir la même activité.

Les difficultés du traitement de l'endométrite cervi-cale ne sont pas à nier. Ces difficultés sont en proportion de l'angustie, de la déviation du canal cervical — de la profondeur, de la multiplicité et du degré de division des glandes — sans compter la nature même des ger-mes en cause, leurs alliances —, la constitution de la malade, c'est-à-dire le terrain —, les chances continuées ou renouvelées d'auto-intoxication ou de contamination exogène.

En fin de compte, pour obtenir la guérison, il faut : ou bien détruire la plus grande partie des glandes et stériliser les tissus qui serviront à les reconstituer, ou bien employer simplement des agents suffisamment actifs et qui les puissent pénétrer, de l'embouchure à la profondeur.

Pour le premier mode de traitement, celui qui a la prétention d'être radical, les caustiques étant à rejeter, pour des raisons que chacun sait, la plupart d'entre nous pratiquent actuellement l'évidement du col au bistouri ou avec des curettes spéciales, évidemment qui doit être suivi de pansements soigneux et prolongés, et encore la réussite complète, c'est-à-dire la non récidive, même avec cette garantie, fait-elle parfois défaut. Je me suis cepen-dant trop souvent bien trouvé de cette méthode, pour n'y avoir pas encore recours, dans les cas d'endocervicite rebelles au traitement topique ou liés à d'autres lésions justiciables du bistouri et de la chloroformisation.

Quant aux agents employés pour les pansements simples, sans intervention chirurgicale ; ils doivent être je le répète, suffisamment actifs, non caustiques et très diffusibles. C'est dans cette vue que l'on a préconisé : l'électrolyse qui donne souvent de très bons résultats, les vapeurs de brôme (Nitot), les vapeurs d'eau bouil-

lante, d'un emploi peu commode ou dangereux, etc. Parmi les topiques liquides, l'un des meilleurs est la cré-osote pure, hautement préconisée par Doléris ; mais la créosote ne peut rien contre l'endocervicite à glaires épaisses.

Comment expliquer l'effet local des levures de bière? Suivant la juste observation que m'a faite M. Calmette, il n'est pas possible de faire entrer en ligne de compte l'action phagocytaire, qui n'existe pas chez elles. Au reste, comme elles ne sont pas mobiles, il est peu proba-ble qu'elles pénètrent dans les glandes. Ce que nous sa-avons bien, c'est qu'elles respirent à la manière des végé-taux, en dégageant d'énormes quantités d'acide carbo-nique et en absorbant de l'oxygène ; elles créent donc, dans les voies génitales, une atmosphère toxique pour tous les microbes aérobies.

(J. de méd. de Paris.)

BACTERIOLOGIE.

Presence du bacille d'Eberth dans l'éruption de la fièvre typhoïde.

par M. P. HORTON SMITH.

On n'avait pu, avant Rutimeyer, démontrer la pré-sence des bacilles dans les taches rosées de la dothiènen-térie. Rutimeyer obtint un résultat positif sur six ob-servations. En 1899, Neufeld, dans un travail des plus importants expliqua les contradictions qui existaient entre les différents auteurs. Si les bacilles d'Eberth, disait-il, sont bien la cause directe des taches rosées, il est probable qu'ils ne peuvent cultiver dans la peau et dans le tissu sous-cutané que pendant un temps très court; sinon, les taches elles-mêmes ne seraient pas aussi fugaces. Par conséquent pour trouver les bacilles dans les taches, il faut les chercher dès l'apparition de celles-ci. En second lieu, pour se mettre autant que possible à l'abri du pouvoir bactéricide du sang, lequel se trouve en contact avec les bacilles quand les taches sont inci-sées, il faut employer un milieu de culture intermédiaire du bouillon, par exemple, afin de diluer le sang. Le ré-sultat a montré le bien fondé de ce raisonnement. Dans 14 cas observés par l'auteur, 13 ont été positifs. En no-vembre 1899, Curschmann a confirmé ces recherches. Mettant en pratique la méthode de Neufeld, il fit l'exa-men de 20 cas de fièvre typhoïde : dans 14 de ces cas il put déceler la présence de bacilles d'Eberth dans les taches rosées. Dans les cas restés négatifs, il s'agissait de taches déjà en voie de disparition.

Enfin, dans ces dernières semaines, Richardson (de Boston) a obtenu des résultats positifs dans des condi-tions analogues, les bacilles étant parfois trouvés dans les taches même avant que la réaction de Widal pût être ob-

tenue. Il semble donc que les taches rosées soient vraiment spécifiques et directement causées par la présence des bacilles d'Eberth.

(*The Lancet — Gaz. des hôp.*)

THERAPEUTIQUE

De l'emploi de la gélatine comme hémostatique.

Sa préparation.

M. Capitan vient de résumer en un excellent article le côté pratique de cette question si intéressante pour le médecin.

On peut employer la gélatine en injections sous-cutanées, ainsi que le fait Lancereau dans la cure des anévrismes. C'est une méthode délicate et tout à fait à part. On peut l'employer en lavement, et alors il suffit d'augmenter les doses utilisées pour la voie buccale. Cette dernière méthode est de beaucoup préférable. Elle permet d'employer la gélatine très fréquemment. Chaque fois qu'il y a une hémorragie, d'une certaine importance, la gélatine doit être prescrite. Qu'il s'agisse d'hématémèse, de métorrhagie d'une certaine importance, la gélatine doit être prescrite. Qu'il s'agisse d'hémoptysie ou d'hématémèse, de métorrhagie, d'épistaxis, voire même d'hémorroïdes saignant en excès, on obtiendra presque toujours un excellent résultat. Les malades constatent eux-mêmes que, peu de temps après la prise de la gélatine, l'hémorragie diminue et que le sang se coagule bien plus rapidement.

La dose à employer est variable. Toutefois 10 à 15 grammes en vingt-quatre heures suffisent amplement.

Mais ici se pose une question fort importante en pratique.

La gélatine, même la plus pure (gélatine en feuilles colle de poisson,) donne à la dose qui doit être employée 4 à 6 ou 7 p. 100, une gelée fade, malgré l'adjonction de 1 à 2 p. 100 de sel marin, et fort peu agréable à prendre.

On peut pourtant la faire tolérer facilement aux malades en s'y prenant ainsi.

On fait faire la gelée aux doses sus-indiquées, en la faisant aromatiser soit avec de l'essence de menthe soit avec de la teinture de vanille, ou mieux de la teinture d'écorces d'oranges amères sirop d'écorces ou du sirop de groseille.

On peut y ajouter du sirop de sucre et un peu de kirsch, le tout à des doses variant avec le goût du malade.

Dans ce cas, le malade peut préparer lui-même sa gélatine. Mais il faut lui recommander de procéder ainsi.

Peser la gélatine, la déchirer en menus fragments, les laver à grande eau dans l'eau tiède, jeter cette eau.

Faire macérer pendant trois à quatre heures dans la quantité d'eau prescrite, froide (bouillie au préalable, puis additionnée de 1 à 2 p. 100 de sel marin.) Avoir soin de couvrir le vase pendant ce temps, puis porter sur un feu doux et laisser jusqu'à ce que la dissolution soit complète sans bouillir. Porter ensuite à l'ébullition pendant une à deux minutes et retirer du feu. Ajouter alors la substance aromatisante et passer aussitôt avec une toile tendue sur un entonnoir, lavé au préalable à l'eau bouillante, et recueillir dans un flacon à large goulot, également lavé à l'eau bouillante. Ne verser dans le flacon que la dose devant être prise dans les vingt-quatre heures. En remplissant plusieurs flacons, on peut préparer la dose nécessaire pour trois jours. Conserver au frais et en flacons bien bouchés.

La gelée aromatisée, ainsi préparée, peut se prendre froide par cuillerées ou légèrement tiédie pour la liquéfier.

On peut aussi préparer une gelée non aromatisée qu'on mêle à du bouillon ou à du jus de viande ou aux aliments au moment de l'emploi.

Enfin, il est possible de fabriquer de toutes pièces une excellente gelée de la façon suivante : On fait un pot-au-feu ordinaire, en augmentant un peu la dose de viande et d'os ordinaire. Au bout de quatre heures, on prélève 2 litres de bouillon qu'on place dans une marmite avec 500 grammes d'os et 500 grammes de pied de veau, puis on laisse doucement bouillir pendant deux heures en ajoutant, chaque fois que besoin est, du bouillon, de façon à ce qu'il reste, après les deux heures, 1 litre et demi environ de bouillon. Ce bouillon peut être alors passé à travers un linge et recueilli en récipients stérilisés et bien bouchés. Par refroidissement on obtient une gelée excellente qu'on peut administrer en deux jours telle quelle et plutôt froide ou à peine liquéfiée.

(*Méd. mod. — Gaz. des hôp.*)

Les injectifs de calomel dans le traitement des arthrites chroniques non syphilitiques.

D'après M. DE GORSE, médecin consultant à Luchon.

De plus en plus, le cadre des arthrites chroniques non infectieuses se restreint, et le jour n'est pas éloigné où la variété de rhumatisme dit *arthritique* pur prendra place à son tour parmi les infections. Aussi était-on autorisé à essayer dans ces cas l'antisepsie sanguine et c'est ce qu'a tenté M. de Gorse sous l'inspiration de M. Toupet.

C'est au mercure, et au mercure sous sa forme la plus énergique, aux injections intramusculaires de calomel, que l'auteur a eu recours ; et les résultats obtenus doivent engager les praticiens à essayer cette méthode thérapeutique.

Néanmoins, il faut bien se rappeler qu'il existe aux

injections profondes de calomel des contre-indications que l'on ne doit pas perdre de vue, et dans les arthrites chroniques comme dans toute autre maladie, il faut se souvenir que l'insuffisance rénale ou hépatique, le mauvais état général, les cachexies, ou encore le mauvais état de la bouche doivent faire écarter les injections mercurielles insolubles.

Ceci bien posé, l'auteur a cherché comment agissait le calomel administré sous forme d'injections intramusculaires.

Le protochlorure de mercure est transformé, par les sels ammoniacaux qui existent dans l'économie, en mercure et sublimé ; l'ammoniaque qui provient de la dissociation de ces sels réagit sur le dernier pour l'amener à l'état de chloramide Hg (Az H² Cl).

C'est donc soit le chloramide de mercure, soit le sublimé à l'état naissant, qui sont absorbés par la circulation. Les agents d'absorption et de transport des composés mercuriels sont les leucocytes exclusivement, et c'est le sang lui-même qui subit les premières transformations.

D'après diverses expériences, il est prouvé que le mercure combat l'anémie et la déglobulisation, diminue l'hémoglobulinurie et l'urobilinurie, abaisse la proportion de l'urée, tandis qu'au contraire il augmente les chlorures urinaires. Qu'est-ce là, sinon l'amélioration de tous les troubles apportés dans le sang et l'urine par le rhumatisme ?

Mais ce n'est pas tout : le sang mercurialisé, transformé, amélioré, va agir directement sur les lésions locales articulaires et péri-articulaires, et cette action semble être la diminution de la congestion, et le remplacement du tissu embryoplastique qui aboutit au processus fibreux connectif par des cellules fixes de tissu conjonctif.

L'auteur a voulu profiter de l'occasion qui lui était offerte pour fixer les techniques exactes de la préparation du sel mercuriel à injecter, et de l'injection elle-même. Les voici, telles qu'il les donne.

Technique de la préparation d'une suspension de calomel dans l'huile d'olive ou l'huile d'amande douces. —
1° Prendre une éprouvette graduée de 15 centimètres cubes et un flacon à large ouverture de 45 centimètres cubes ;

5° Laver à l'eau distillée ;

3° Sécher à l'étuve ;

4° Mesurer 15 centimètres cubes d'huile d'olives ou d'amande douce pure dans l'éprouvette ;

5° Verser dans le flacon à large ouverture ;

6° Peser 45 centigrammes de calomel, l'introduire dans le même flacon ;

7° Boucher avec un tampon d'ouate non hydrophile stérilisé ;

8° Faire chauffer, soit au bain d'huile, soit au bain de sable, soit à l'étuve à une température de 120 degrés

et maintenir pendant vingt minutes à cette température ;

9° Laisser refroidir.

Un centimètre cube de cette préparation contient trois centigrammes de calomel.

(à suivre)

FORMULAIRE

Anesthésie générale.

M. Schleich recommande, pour l'anesthésie générale, le mélange de divers anesthésiques jusqu'ici employés isolément. Les proportions de ces mélanges varient avec la température interne du corps du malade ; il faut se servir de celui dont la température la plus voisine de celle de l'opéré.

Ebullition	33°	40°	42°
Chlorure d'éthyle.....	2 parties	1,5	0,5
Chloroforme.....	4 —	4	4
Ether sulfurique.....	12 —	12	12

Sur 5000 anesthésies que l'auteur a pratiquées avec ces mélanges, il n'a jamais eu le moindre ennui.

(Berl. Klin. Woch. — Gaz des hôp.)

Le salicylate de méthyle dans les érections douloureuses.

M. le docteur Baratier (de Jeugny) signale dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* un procédé qu'il a employé avec succès chez trois malades atteints de blennorrhagie et présentant des érections nocturnes extrêmement douloureuses. Dans ces cas il prescrit des bains et de l'eau de Vichy à haute dose. Pour la suite il fait faire des onctions sur la verge pendant quelques minutes avec :

Salicylate de méthyle..... 15 grains.

Vaseline liquide..... 2½ dragmes.

Le membre ainsi enduit est entouré d'une légère couche de ouate, maintenue sur la verge au moyen d'une bande de taffetas gommé.

Dans les trois cas où les onctions avec la vaseline au salicylate de méthyle ont été faites, l'élément douloureux a disparu en peu de temps ; le salicylate de méthyle a supprimé la douleur et semble avoir affaibli le degré de l'érection. Par suite, les blennorrhagies ont suivi leur cours normal et habituel.

(Tribune méd. — Gaz. méd. belge.)

Enduit pour prévenir les escars

Gutta-percha..... un drachme.

Chloroforme..... un once.

Baume du Pérou..... 15 grains.

Mélez. — Deux fois par jour il faut enduire avec un pinceau fin les parties menacées.

(Lonit. thérap. — Gaz. des hôp.)

Travaux Originaux

Du vertige de Ménière et son traitement

par le Dr JÉHIN-PRUME

Chirurgien des hôpitaux, ancien chef de clinique à Paris,

Membre de la Société d'otologie de Paris.

(Suite)

Généralement la maladie est insidieuse, arrivant au moment où on s'y attend le moins. On constate tout d'abord un chatouillement dans le larynx puis de la toux par saccade, le patient éprouvant la plus grande détresse. Si l'accès est fort il peut perdre connaissance.

Le diagnostic différentiel entre le vertige laryngien et le vertige de Ménière ne présente pas cependant une grande difficulté. D'abord la sensation au larynx, la toux, la perte de connaissance sont autant en faveur de la chorée laryngée. En plus on remarque de la dysphonie (Gille de la Tourette) due à une paralysie partielle des muscles laryngiens.

III. *L'hystérie* peut également simuler le vertige labyrinthique. En effet on remarque le bruit de sifflet, le vertige, nausées, vomissements, crises convulsives et perte partielle ou totale de la connaissance. Les convulsions peuvent manquer et être remplacées par un accès de rire ou par des larmes, ce qui simplifie énormément le diagnostic. Il peut cependant y avoir de la surdité, mais qui n'a rien de commun avec celle du syndrome de Ménière. Cependant comme nous le disait Gille de la Tourette dans ses cliniques à la Salpêtrière: "Il est bon d'être sur ses gardes et de savoir que l'hystérie et la maladie de Ménière peuvent être confondues."

Lancereau, dans ses magistrales cliniques à l'Hôtel-Dieu, nous disait souvent: "Méfiez-vous toujours, de l'hystérisme, la tuberculose et la syphilis."

IV. Le *Tabes*, d'après les travaux du Dr Pierret, peut causer du vertige avec diminution de l'audition. À l'autopsie on aurait trouvé des lésions de la huitième paire. Ceci semble affirmer qu'il y a lésion centrale, sans toutefois prouver que l'ataxie peut être la cause directe du syndrome de Ménière. *Lucas* dans deux autopsies de patients mort de tabès avec vertige, a trouvé de la sclérose de l'oreille moyenne, mais rien du côté du labyrinthe, ni du nerf de la huitième paire.

Le Dr Waldon dans 14 cas de vertige et tabès a trouvé des lésions de l'oreille moyenne. Gellé, après ses travaux sur cette question, concluait :

" Il ne faut pas nous résigner à rester dans l'inactivité à propos des soi-disants cas de vertige, causé par le tabès ; ils sont dus, pour la plupart, à des lésions de l'oreille qui peuvent conduire au syndrome de Ménière."

V. On a parlé de l'*épilepsie* ; quelques auteurs ont insisté sur le diagnostic différentiel entre cette maladie, et le vertige de Ménière. Le vertige épileptique présente des phénomènes propres et parfaitement distincts, suffisants pour empêcher toute confusion.

VI. Le Dr Alt a insisté sur le diagnostic entre la forme chronique du mal de Ménière et les lésions centrales du nerf de la huitième paire, lésions causées par la syphilis, la leucocythémie, la méningite basilaire, certaines affections du bulbe, toutes avec vertiges ; mais chez elles le bruit de sifflet, qui est constant et caractéristique dans le syndrome de Ménière, manque totalement.

Cependant le Dr de la Tourette fait remarquer qu'il peut y avoir des cas dans lesquels un néoplasme existant dans les environs du plancher du IVième vestibule, coupe la base du nerf auditif et cause ainsi de la surdité accompagnée de vertige. Il est rare qu'une tumeur agisse de cette façon, sans avoir causé d'autres troubles ayant déjà attiré notre attention.

Je vais terminer ici cette liste de diagnostics différentiels, et me répéter dans ce que je disais au commencement de ce chapitre : Le vertige de Ménière a des symptômes propres qui permettent de ne pas le confondre avec le vertige causé par des affections d'un autre ordre. Ici nous avons le bruit de sifflet, le manque de perte de connaissance, la surdité qui dans la majorité des cas, nous aidera à trouver le diagnostic véritable.

* * *

Quelle sera la marche, l'évolution du vertige de Ménière ? et, ce qui plus est, quel en est le pronostic ?

Voici ce qui intéresse le médecin, encore plus le malade !

Il peut n'y avoir qu'une seule attaque, suivie de tous les symptômes caractéristiques; surdité, bruits, incertitude des mouvements. Au bout de quelques semaines, de quelques mois, tout revient à l'état normal, les symptômes disparaissent petit à petit.

Cependant, nombreux sont les cas, chez lesquels l'ouïe est restée défectueuse, et où les bruits, persistant durant toute la vie, furent pour le malade un véritable martyr. On a même vu des sujets se suicider pour échapper à cette cruelle obsession.

Le Dr NAVE a signalé des cas chez lesquels l'incertitude des mouvements avaient persisté durant toute l'existence.

Maintenant, l'attaque peut se renouveler, le malade vivant dans la crainte continuelle de la rechute. A chaque nouvelle poussée, la surdité et les bruits augmentent, le patient sous l'influence morale dépérit petit à petit et la neurasthénie, même la folie, viennent ajouter encore à ce triste état. Enfin la mort, grande consolatrice, vient mettre fin à ses tortures.

Le vertige de Ménière n'est pas nécessairement une cause de mort ; on a vu des cas aigus, revenir normaux et des cas chroniques se produire durant de nombreuses années. Cependant le pronostic est grave pour l'audition et les bruits subjectifs qui sont quelquefois, pour le malade, mille fois plus terribles que la mort.

IV

TRAITEMENT.

Nous voici arrivé à la question intéressante par excellence, le traitement. Il est fort beau d'avoir diagnostiqué sans erreur, d'avoir reconnu les moindres particularités de cette terrible maladie. Plaçons-nous maintenant à un point de vue plus humanitaire : laissons la théorie et revenons au malade qui implore du soulagement.

Un individu qui est atteint pour la première fois du vertige de Ménière, fait tout de suite appeler son médecin de famille ; c'est donc à celui-ci de poser les premières bases du diagnostic. Ici il y a vertige, c'est incontestable ; mais quelle sorte de vertige ? voici ce qui *tracassera* notre praticien, d'autant plus que le traitement varie selon la cause du mal.

Il est donc de toute nécessité d'établir un diagnostic positif, le plus tôt possible. A cet effet, on questionnera la famille, les amis, en un mot, les personnes présentes, sur les antécédents du malade. Puis on songera à la possibilité d'un vertige auriculaire : le médecin examinera le conduit auditif externe et pourra trouver un simple bouchon de cérumen, bouchon qui a été la cause du mal.

Le traitement est ici fort simple : quelques injections d'eau chaude suffiront pour faire disparaître le cérumen et tout sera dit.

Cependant il est des cas dans lesquels il importe, pour le médecin, que l'oreille soit attentivement examinée. La plupart de nos collègues de médecine générale n'ont pas le matériel instrumental nécessaire à un examen complet. De plus le temps leur a manqué pour ap-

profondir cette branche de la médecine. Aussi serait-il préférable d'avoir recours à un otologiste qui saura éclaircir une foule de détails d'une grande utilité clinique pour le médecin.

Pardonnez-moi cette petite dissertation et revenons à nos... symptômes.

Les abcès de l'oreille moyenne peuvent également être par compression, une cause de vertige. Le traitement consistera donc à ouvrir cet abcès et à procéder aux traitements habituels. (1)

La sclérose de la caisse du tympan peut, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, conduire à du vertige et de la surdité. La surdité toujours, mais le vertige manque dans la majorité des cas. Ici il faudra avoir recours aux opérations recommandées par Politzer, Gellé et les autres grands auteurs d'otologie. Mon cadre est ici trop restreint : je ne puis, à moins de vouloir faire un volume, donner tous les détails. Je vous renvoie donc aux ouvrages spéciaux.

Cependant je puis dire que les opérations chirurgicales ne donnent ici que des résultats douteux. Il vaut mieux comme le recommande Gille de la Tourette essayer de diminuer le degré d'hypérexibilité par une bonne médication interne.

Les lésions de l'oreille interne susceptibles de causer du vertige n'ont pas encore été déterminées d'une façon positive. Aussi, faudra-t-il encore ici nous contenter d'un traitement général.

Voici une observation qui me revient en mémoire et qui trouve justement place en ce moment :

Madame D***, modiste, rue Notre-Dame, à Montréal, âgée de 48 ans, vient me consulter pour un bourdonnement continu dans les oreilles, avec diminution de l'ouïe et douleurs névralgiques (otalgie). J'examine la malade et ne trouve absolument aucune lésion du côté des oreilles. La trompe d'Eustache est perméable, le conduit auditif externe est normal, le tympan occupe sa position naturelle, aucune rougeur qui puisse me mettre sur les traces d'une inflammation profonde de l'oreille. Avec le diapason, rien d'anormal. Alors...?? Je restais fort perplexe !

(à suivre)

(1) Je vous conseille un excellent ouvrage. *Traitement des maladies des oreilles*, par le Dr A. Courtade. (Edition Maloine, Paris)

Revue des journaux

MEDECINE

RESUME DU RAPPORT SUR LA

Pathogenie de la goutte.

par WILHELM EBSTEIN (de Göttingen).

(Congrès international de Paris)

1) La goutte est une maladie plus ou moins chronique dont le substratum fondamental est une disposition malade héréditaire qui est presque toujours innée. On donne à cette disposition le nom de "diathèse de l'acide urique."

2) Quant à la cause intime de la diathèse urique, on peut seulement avancer des hypothèses. Les relations étroites qui existent entre les nucléines et l'acide urique rendent vraisemblable qu'il s'agit dans la diathèse de l'acide urique d'un état anormal des noyaux cellulaires ou du protoplasme de l'individu en question. La disposition individuelle qu'on peut suivre à travers des générations entières et les races humaines est en tout cas de la plus grande importance dans la diathèse de l'acide urique.

3) Il semble qu'il y ait des circonstances diverses qui peuvent contribuer au développement de la diathèse de l'acide urique et à sa transformation en goutte positive.

Parmi ces circonstances il y a à mentionner les suivantes :

a) La goutte se développe, toutes circonstances égales, d'autant plus tôt et plus fortement que la diathèse de l'acide urique est plus prononcée ;

b) Il y a des habitudes, la paresse la luxuriance de la vie, bien souvent l'union de ces deux causes au plus haut degré, l'abus de l'alcool, qui secondent le développement de la goutte. Les variations temporaires, qu'on a notées, peuvent être attribuées le plus souvent à ces circonstances :

c) Il y a des intoxications aiguës et chroniques qui, en présence de la diathèse de l'acide urique, favorisent le développement de la goutte. Les poisons bacillaires sont dans ce cas d'une grande importance. Qu'on se souvienne d'abord des relations de la goutte avec le rhumatisme, la syphilis, l'intoxication saturnine. L'influenza (la grippe) aussi semble favoriser l'apparition de la goutte ;

d) La contagion, qui a été considérée comme un facteur de premier ordre par le célèbre *Boërhavé*, paraît être de nulle importance dans cette question ;

e) Les climats ne semblent point influencer la goutte.

4) L'acide urique semble être le poison (la *materia peccans*) de la goutte. La question de savoir si, en dehors de l'acide urique, d'autres produits de l'organisme, appartenant à la famille des alloxuriques ("Alloxur" ou "Nuklelembasen,") jouent un rôle ou non, n'est pas en-

core décidée. Il est probable que c'est seulement l'acide urique formé aux dépens des substances nucléiniques du corps humain, et non l'acide urique formé aux dépens des nucléines des éléments, qui a une influence sur la pathogénie de la goutte. Il n'est pas encore prouvé que dans la goutte l'acide urique soit formé en excès, je ne pense pas que ceci soit indispensable. Pourtant je pense qu'un excès d'acide urique est très probable. L'histoire de la leucémie nous apprend que la goutte n'est pas le résultat de la production augmentée de l'acide urique (estimée d'après la quantité d'acide urique séparé dans l'urine), car il y a dans quelques cas de leucémie une sécrétion de l'acide urique telle qu'on ne la voit jamais dans la goutte à ce degré.

5) L'acide urique est un poison chimique mais non pas septique : L'influence de ce poison n'est pas égale ni sur les différentes espèces animales ni sur les animaux de même espèce mais d'âge différent. Des changements inflammatoires et nécrotisants (*Nekrotisierende*) des tissus en question sont la conséquence nécessaire de la présence de l'acide urique qui cause à la fin une nécrose totale. Quand les tissus sont complètement morts, mais pas auparavant, l'acide s'y dépose sous forme d'autre acide de soude cristallisé (mono-natrium urate *Tollens* ; sodiumbiurate *Roberts*). *Tollens* pense que l'acide urique circule dans le sang et les humeurs alcalines du corps humain dans cette même forme et non pas, comme *Roberts* à supposé, comme *sodium quadriurate* (appelé plus rationnellement héli-sodium-urate par *Tollens*.) On peut accorder sans hésitation que le mono-natrium-urate *Tollens* (natrium-biurate *Roberts*) peut se déposer en forme cristalline dans les tissus mortifiés soit par l'acide urique, soit par un autre poison.

6) Pour comprendre la pathogénie des différents symptômes de la goutte, on doit supposer ; a) une goutte articulaire primaire ; b) une goutte rénale primaire. La première est la forme la plus répandue de la goutte qui n'empêche pas les individus d'atteindre un âge élevé. La goutte articulaire primaire se développe d'abord sous l'influence d'une rétention (*Stauung*) de l'acide urique cette rétention est localisée parce qu'elle n'affecte qu'une seule ou quelques parties du corps humain. Dans la goutte primaire rénale il s'agit dès le commencement d'une rétention (*Stauung*) généralisée de l'acide urique qui, par conséquent, embrasse toutes les parties du corps, elle est causée toujours par une altération primaire et matérielle des reins.

RESUME DU RAPPORT SUR LA

Symptomatologie, diagnostic et marche clinique de la colique muco-membraneuse.

par le Dr F. ROES (Berlin.)

(Congrès international de Paris)

1. Par colite muco-membraneuse nous entendons une maladie particulière catarrhale, tendant à des forma-

ations plastiques muqueuses du côlon.

2. A côté de cette forme, la plus fréquente, il y en a une autre, bien plus rare, où le processus se manifeste par accès, tandis que dans les intervalles il n'y a pas de malaise remarquable, excepté la constipation. Cette forme est désignée par le nom de colique muqueuse.

3. Il y a enfin une troisième forme qu'on pourrait désigner sous le nom de colite muco-membraneuse *artificielle*. Par des injections astringentes (surtout par le tannin) on peut provoquer cette forme chez les individus atteints de colite, mais non chez des individus bien portants.

4. La symptomatologie de la colite muco-membraneuse est caractérisée par la constipation, la colique, l'atonie spasmodique des intestins, les masses glaireuses ou membraneuses dans les selles et par l'état nerveux général. Cependant plusieurs des symptômes peuvent manquer. Seulement la constipation est presque constante.

5. Ce qui décide le diagnostic, c'est uniquement l'existence des masses muqueuses caractéristiques. Les autres symptômes, la sensibilité du côlon, la coloptose, les reins mobiles, l'atonie intestinale ne pourraient tout au plus qu'appuyer le diagnostic.

6. C'est une tâche indispensable pour le diagnosticien de constater si la colite muco-membraneuse est une affection idiopathique ou complication. C'est également d'une grande importance de constater l'origine artificielle de la colite membraneuse.

7. C'est seulement entre la colique muqueuse qu'a lieu un diagnostic différentiel. Par des observations fréquentes et par des injections intestinales méthodiques dans les intervalles une décision sera presque toujours possible.

8. La marche clinique de la colite muco-membraneuse est absolument parallèle à celle de la constipation habituelle. Des influences qui corrigent celle-ci feront aussi disparaître celle-là et *vice versa*.

CHIRURGIE

Du traitement des luxations sus-acromiales de la clavicule.

M. Vanverts rapporte (Soc. cent. de méd. dep. Nord) quatre observations de luxation sus-acromiale de la clavicule, la première ayant été traitée par le massage ; la seconde, traitée d'abord par l'immobilisation dans un appareil plâtré puis, par suite d'une récidive au moment de la suppression de l'appareil, par le massage ; la troisième, par l'arthrodèse et la suture, la quatrième par l'arthrodèse également. Dans les deux dernières observations, la luxation se reproduisit lorsqu'on enleva les points de suture.

M. Vanverts constate : 1° que la luxation acromio-

claviculaire sus-acromiale, abandonnée à elle-même ou traitée par le massage et la mobilisation, donne de bons résultats et il est rare de constater consécutivement de l'impotence fonctionnelle ; 2° que tous les appareils inventés pour maintenir en contact les surfaces articulaires de l'acromion et de la clavicule ne parviennent pas à réaliser ce but ; 3° qu'en mettant le bras en rotation externe forcée, on obtient une réduction presque complète, le moignon de l'épaule étant porté en haut et la clavicule abaissée par l'action des fibres claviculaires du deltoïde ; 4° que, si l'on veut employer un procédé chirurgical, il faut pratiquer l'arthrodèse et la suture osseuse, en perforant les poulies osseuses à une assez grande distance des extrémités en contact et en employant un fil extrêmement solide.

Il conclut en disant que a) en cas de luxation incomplète on peut se contenter du massage, mais que pour avoir une réduction certaine il faut pratiquer la suture ; b) en cas de luxation complète, par contre, le massage est contre indiqué et le traitement consiste dans l'arthrodèse et la suture.

(ECHO MÉD. DU NORD.)

Dermatologie

Traitement de la furonculose des nourrissons.

par GREGOR.

Chez les petits enfants atteints de troubles digestifs chroniques, on voit souvent se produire des abcès cutanés à répétition, consécutifs à des folliculites ou à des furoncles généralisés. Ces lésions se multiplient à l'infini, malgré les incisions fréquemment répétées et l'application de toutes les substances antiseptiques dont l'emploi parait indiqué. Aussi nombre de ces petits malades succombent ils à l'épuisement par suppuration intarissable.

En pareil cas, M. le docteur K. Gregor (de Breslau) a obtenu des résultats favorables en procédant ainsi qu'il suit :

Après avoir savonné et nettoyé à l'éther la région qui est le siège de l'éruption (le plus souvent il s'agit des fesses, du dos ou de la nuque, et, dans ce dernier cas, les cheveux doivent être rasés), il l'enduit d'une couche épaisse de vaseline brique à 10 % ; ce n'est qu'alors qu'il procède à l'incision de tous les foyers d'infiltration cutanée, même de ceux qui ne présentent pas encore de fluctuation. Il éponge soigneusement les gouttes de pus et de sang qui coulent sur la couche de pommade, en ayant soin de ne pas enlever celle-ci, puis il panse à sec sans faire usage de substances antiseptiques. Lorsqu'au bout de deux jours, on retire le pansement, on trouve les petits abcès fermés ; en outre, le pus provenant des collections plus volumineuses a été absorbé par le pansement sans souiller la peau, protégée par la couche de substance

grasse. Après avoir nettoyé la région avec des tampons imbibés d'éther et réappliqué de la vaseline boriquée, il ne reste plus qu'à inciser les furoncles de nouvelle formation et à panser comme précédemment.

On obtiendrait de la sorte après quatre ou six séances la guérison définitive de la furonculose.

(J. de méd. de Paris.)

Origine parasitaire des eczemas.

(Congrès International de Paris)

Avant d'entrer dans la discussion, le professeur Jassohn, de Berne, donne une définition des termes suivants :

1° Origine parasitaire ;

2° Eczémas.

1° Nous appelons maladies parasitaires celles qui ne peuvent se produire qu'avec la participation de microbes, quelque grande que soit l'importance d'autres facteurs étiologiques. Il y a un grand nombre de processus sûrement parasitaires où le rôle des parasites, quoique absolument nécessaire, est bien inférieur à d'autres causes.

2° La définition du terme eczéma a été basée jusqu'à présent sur un seul caractère positif, l'inflammation des couches superficielles de la peau, et sur un grand nombre de caractères négatifs, l'absence d'étiologie claire et unique, de développement typique, de processus anatomopathologique spécial.

Même la clinique n'a pu trouver dans l'eczéma une efflorescence qui fût reconnue spécifique par tout le monde.

La grande difficulté qu'il y a à définir l'eczéma, à engagé un grand nombre de dermatologistes à séparer de l'eczéma certaines maladies mieux caractérisées.

Voici la division que donnent Brocq et Veillon, de Paris, dans leur discussion :

1° *N'entrent pas dans l'eczéma* : La dyshidrose, prurigo simplex, lichen simplex aigu, prurigo de Hebra, lichens, impétigo contagiosa, ecthyma, pityriasis de Gilbert, psoriasis, acné rosacée, les croûtes grasses du cuir chevelu, les dartres volantes de la face.

Ils ne considèrent pas comme étant de l'eczéma les éruptions artificielles vésiculeuses.

Ils désignent uniquement sous le nom d'eczéma : les seules affections érythémateuses, vésiculeuses et desquamatives répondant au type commun que tout le monde s'entend à dénommer ainsi. La vésiculation dite typique de l'eczéma, soit à son état de développement complet, soit avortée et uniquement caractérisée par une fine squame croûteuse enchâssée dans l'épiderme étant provisoirement considérée comme le critérium objectif de cette affection, tandis que son autre caractéristique capitale est son évolution si spéciale, récidivante, si diffé-

rente de celle des éruptions purement artificielles.

La plupart des auteurs s'accordent à dire qu'ils ont trouvé des parasites dans l'eczéma. Pour quelques uns le staphylocoque doré en serait la cause principale ; pour d'autres le streptocoque serait en cause ; enfin, pour Unna (de Hambourg) ce serait son *microcoque* qui agirait ici. Mais ce microcoque, paraît-il, n'est autre chose qu'un vulgaire staphylocoque.

Le dermatologiste de Hambourg dit dans sa discussion que : " Parmi les nombreux micro-organismes qu'on a trouvés dans l'eczéma, il y en a plusieurs qui inoculés reproduisent de l'eczéma.

" L'eczéma est une maladie contagieuse et, dans certaines circonstances, épidémique."

Voici la conclusion de Brocq et Veillon. Elle nous paraît la plus juste.

" a) Dans l'état actuel de nos connaissances l'existence d'un microbe spécifique pathogène de l'eczéma, reste encore à démontrer, bien qu'il soit à la rigueur possible que ce microbe existe, sans être encore décelable par les procédés actuels d'investigation et de culture.

" b) Les lésions primitives, pures (vésicules fermées) de l'eczéma vrai, vésiculéux, ne contiennent aucun microbe décelable par les procédés actuellement connus en bactériologie.

" c) Les microbes divers (et en particulier le staphylocoque) qui pullulent en abondance sur les surfaces suintantes ou crouteuses de l'eczéma, constituent des infections secondaires, dont on commence à soupçonner l'action directe sur l'eczéma pur, sans l'avoir encore élucidée. Ce qui est certain, c'est que ces microbes sont la cause de la plupart des complications et des éruptions dites pyodermites qui viennent si fréquemment troubler l'évolution typique de l'eczéma pur.

" En résumé, la lésion élémentaire typique primitive de l'eczéma vrai, vésiculéux est amicrobienne : la surface de l'eczéma est très promptement envahie par des microbes d'infection secondaire capables de créer sur elle leurs lésions propres, lesquelles sont bien de nature microbienne : ils viennent ainsi obscurcir le tableau symptomatique d'une affection dont ils ne sont nullement la cause première."

(à suivre)

Traitement de l'herpes génital.

Dans le cas d'herpès génital discret, lotions avec de l'eau blanche très affaiblie, de l'eau vinaigrée, du vin aromatique. Saupoudrer les petites ulcérations avec de la poudre de bismuth, du talc, de l'amidon. — Si les ulcérations tendent à persister, on les touche soit avec une solution très faible, contenant 4 à 8 décigrammes de nitrate d'argent pour 20 grammes de vaseline. — Dans le but de prévenir les récidives, on interpose entre le gland et le prépuce de la charpie sèche ou imbibée de substan-

ces toniques et astringentes. — Comme traitement général, dans les cas d'herpès idiopathique, on administre un vomitif ou un éméto-cathartique. — Alimentation non excitante, abstinence d'alcool, cure aux eaux d'Uriage.

(J. de méd. de Paris.)

Traitement de l'ichthyose.

Hydrolat de laurier-cerise..... 10 grammes.
Glycéré d'amidon..... 109 —

Mélez. — Dans l'ichthyose, on commence par faire deux onctions par jour avec ce glycérolé. Plus tard on n'en fait plus qu'une, et enfin lorsque la peau a repris son apparence normale, et qu'il ne s'agit plus que de lui conserver sa souplesse, on se contente d'une onction par semaine. — Avant de recourir à l'emploi du glycérolé, on commence par débarrasser la peau de ses squames, à l'aide de bains simples seuls, ou alternant avec des bains alcalins, que l'on répète chaque jour, ou tout au moins deux fois par semaine. Les bains sont suivis de frictions avec un linge sec, et d'un léger massage. Généralement la peau est débarrassée de la presque totalité des squames dans l'espace de deux à trois semaines. — Contre l'ichthyose, Hébra vante les frictions au savon mou répétées deux fois par jour, et suivies de l'enveloppement dans des couvertures de laine. Après six à douze jours de ce traitement, il prescrit un bain quotidien de deux heures au moins de durée.

(J. de méd. de Paris.)

THERAPEUTIQUE

Du traitement de la lithiase rénale par la glycérine

M. Hermann, *Medical Record*, donne une statistique de 115 cas de calculs rénaux traités par la glycérine.

Quinze de ces cas furent améliorés après le passage de calculs ; 29 cas passèrent des calculs, mais ne subirent aucune amélioration ; dans 25 autres cas il y eut amélioration de l'état du patient sans que celui-ci passe de calculs ; dans les 46 derniers cas cependant la glycérine n'eut aucun effet.

La glycérine agirait ici en dissolvant l'acide urique. Elle s'éliminerait par le rein, chargée de cet acide.

L'usage de la glycérine est surtout efficace dans les sensations douloureuses le long de l'uretère ; son effet calmant, dans ces conditions, est très prononcé.

L'auteur a analysé l'urine passée après l'administration de la glycérine : elle ne contenait ni albumine, ni sucre, ni sang ; mais elle contenait une grande proportion de mucus et de pus, dans des cas compliqués de pyélite.

Cinq heures après avoir pris 120 grammes de gly-

cérine, l'analyse des urines montre la présence de 9% de cette substance.

La glycérine doit aussi favoriser la descente du calcul rénale en lubrifiant les canaux ; mais elle a encore la propriété de dissoudre beaucoup de ces calculs, surtout ceux qui sont composés d'acide urique.

Le médicament doit être donné d'une seule dose, 30 à 120 grammes, entre les repas. La dose est répétée plusieurs jours de suite. La glycérine est dissoute dans une quantité égale d'eau.

Ce traitement n'a donné, d'ordinaire, aucun symptôme désagréable ; cependant quelques patients se sont plaints de maux de tête. Chez ceux qui souffraient de troubles digestifs, ce traitement a donné de la diarrhée.

RHEAUME.

De la transfusion du serum artificiel.

Le Dr Crawford, dans l' "International Journal of Surgery", fait les suggestions suivantes, sur l'emploi du sérum artificiel :

Faire la transfusion dans tous les cas où il y a eu grande perte de sang, quelle qu'en soit la cause.

Bien désinfecter la peau avant d'introduire l'aiguille.

Fermer, avec du collodion, l'ouverture de la plaie faite par l'aiguille.

Injecter : pendant les opérations quand il y a eu perte de sang, même légère ; quand il y a choc, que ce soit avant, pendant ou après l'opération ; dans les infections, principalement quand le patient ne peut retenir la solution saline par le rectum.

Continuer la transfusion jusqu'à ce que le pouls devienne suffisamment ample.

Renouveler la transfusion aussitôt que le pouls faiblit.

Donner au moins 1500 grammes à 2 litres à la première transfusion, si le choc a été violent ou qu'il y a eu perte de sang.

Continuer jusqu'à ce que le patient soit mort ou hors de danger.

Tenir la solution à la température de 108° à 118° F. (42° à 48° C.)

Comme règle, il préfère l'injection intra-cellulaire à l'intra veineuse : parce que celle-là est moins compliquée ; qu'elle nécessite moins d'instruments ; et — ce qui est essentiel — parce qu'elle peut être administrée sûrement par n'importe quelle garde-malade. Elle est encore préférable, parce qu'il n'y a aucun danger ultérieur de distendre les organes de l'appareil circulatoire ; comme cela arrive dans l'injection intra-veineuse.

Il conseille d'avoir toujours à sa disposition une seringue fontaine de deux litres, une aiguille courte pour l'injection intra-cellulaire, une aiguille mousse pour l'injection intra-veineuse, et un long tube en caoutchouc dur pour l'injection rectale.

Il administre l'injection rectale dans les cas où il y a eu une grande perte de liquide par le rectum, comme dans la fièvre typhoïde, le choléra, etc.

Il donne encore l'injection rectale dans les hémorrhagie ou les chocs, quand il ne peut se procurer promptement une solution saline stérile, ou en attendant qu'elle soit prête.

RHÉAUME.

Les injections de calomel dans le traitement des arthrites chroniques non syphilitiques.

(Suite)

Technique de l'injection. — 1° Faire coucher le malade sur le ventre ;

2° Se laver les mains au savon ;

3° Laver la région où sera faite l'injection au savon d'abord, à l'eau distillée ou bouillie ensuite ;

4° Y verser de l'éther pour dissoudre les matières grasses ;

5° Se passer les mains au sublimé ;

6° Laver au sublimé la région à injecter ;

7° Enfoncer l'aiguille de 5 ou 6 centimètres stérilisée ou flambée, au lieu d'élection (partie supérieure de la fesse, à trois travers de doigt au-dessous de la crête, à l'union du tiers externe et des deux tiers internes), et l'enfoncer, d'un seul coup, jusqu'à la garde ;

8° Remplir la seringue (n° 2 de Luer) de l'émulsion, après avoir fait secouer fortement et déboucher par un aide, ou par le malade lui-même, le tube qui la contient ;

9° Injecter lentement en maintenant la seringue dans l'aiguille ;

10° Retirer aiguille et seringue lentement d'abord, puis plus vite ;

11° Recouvrir le point piqué de collodion ;

12° Ordonner au malade un repos allongé de trente-six heures.

Les arthrites chroniques traitées de cette façon ont été améliorées ou guéries ; et ce ne sont pas seulement les arthrites chroniques primitives ou secondaires à des attaques de rhumatisme articulaire aigu qui en ont retiré un bénéfice, mais encore le rhumatisme déformant, noueux, et les arthrites infectieuses gonococciques ou même tuberculeuses.

On voit l'importance qu'acquiert cette méthode d'antisepsie sanguine en face de maladies contre lesquelles on était le plus souvent impuissant et sur lesquelles tous les traitements essayés ne donnaient au praticien que le regret de ne les point voir réussir et la certitude d'avoir des clients à jamais impotents.

(Gaz. des hôp.)

Maladies nerveuses

Sur l'énurèse.

par H. J. VETLESEN.

L'auteur est d'avis que l'énurèse diurne, qui certes peut être imputable à une urine pathologique, tient plus souvent encore à de simples modifications dans l'innervation, à une fermeture défectueuse de la vessie par son muscle ocluseur (soit arbitrairement, soit par effet réflexe), ou d'un autre côté à une irritabilité morbide exagérée du détrusor.

Le traitement adopté par Vetlesen est le suivant : Extractum belladonnæ (Pharmacopecta Norvegica), 2 centig., additionné de poudre d'opium, un demi à 1 centig. ; ce remède est administré matin et soir pendant sept à huit jours de suite. (*Norsk Mag. fo Læge.—Rev. Neurol.*)

CHAGNON.

La resection du sympathique cervical dans l'épilepsie le goitre exophtalmique et le glaucome.

par THOMAS JONNESCO.

Depuis 1896, Jonnesco a opéré 61 malades dont 43 épileptiques essentiels, 1 épileptique avec chorée, 1 épileptique basedowienne secondaire, 8 basedowiens, 1 basedowien glaucomateux, 7 glaucomateux.

Dans le goitre exophtalmique, sur dix malades, il a eu 6 guérisons et 4 améliorations très marquées. Dans l'épilepsie, sur 45 opérés, 18 ont pu être suivis pendant assez de temps ; 10 sont guéris, ils n'ont plus eu d'accès depuis deux ans, dix-neuf mois, quinze mois, six mois ; 6 sont améliorés ; il y a 2 insuccès. Dans le glaucome, l'opération a donné des résultats excellents. (*Arch. des sciences méd. de Bucharest.—Rev. Neurol.*)

CHAGNON.

Action des courants galvaniques sur le cerveau.

par FRANÇOIS FRANK (Acad. de méd.)

Des courants galvaniques appliqués sur le crâne à intexercent une influence sur la circulation cérébrale (vaso-constriction) ; après le passage d'un courant de 9 à 10 milliampères, il y a vaso-dilatation intra-crâniennes. Ces courants et l'anémie cérébrale que produit la vaso-constriction peuvent donner lieu à des vertiges, des syncopes, des vomissements. Ces courants ne doivent pas être employés chez les épileptiques à cause des accidents qu'ils peuvent provoquer. (*Rev. Neurol.*)

CHAGNON.

Rapports de l'hystérie et de la dégénérescence.**Hystérie, modalité de la dégénérescence**

par PITRE LEGRY (Thèse de Paris)

L'hystérie et la dégénérescence ont des rapports communs : la coexistence sur le même individu, l'hérédité elles présentent aussi dans leur mécanisme mental les mêmes altérations ; on voit les mêmes troubles de la volonté, du caractère, de l'intelligence. L'hystérie a ses caractères propres à elle même ; mais la dégénérescence porte son action sur tous les tissus et appareils et surtout sur le système nerveux, qui tient sous sa dépendance tous les autres ; elle est la mère commune de bien des lésions et son domaine s'étend sur toute la pathologie mentale et la plupart des maladies nerveuses. Aussi est-ce à ce titre que l'hystérie rentre dans le domaine de la dégénérescence et en est une des modalités ; l'hystérie est une branche de l'arbre de la dégénérescence. Bien que sur les confins, la limite ne soit pas trop précise entre les manifestations de l'hystérie, et celles de la dégénérescence, il faut conserver à l'hystérie son individualité et la distinguer des autres branches de l'arbre, des autres modalités de la dégénérescence. (Rev. Neuro!).

CHAGNON.

PEDIATRIE**L'allimentation de premat. res.**

Les prématurés entre 1^{re}000 et 2^{de}000 ne prennent pas toujours facilement le biberon ; ils n'ont pas la force de faire des mouvements de succion, malgré la facilité avec laquelle le lait s'écoule de la tétérelle, et parfois il semble qu'ils aient une véritable inaptitude à avaler le lait coulé dans leur bouche, alors même que celui-ci y aurait été introduit directement, à la cuillier par exemple.

Il faut alors les gaver.

Jusqu'à ces derniers temps, l'appareil classique, qui servait à cet usage, se composait d'une sonde molle surmontée d'un petit entonnoir en verre.

La sonde était introduite dans l'estomac par la bouche ou par la voie nasale ; une fois la quantité de lait voulue introduits dans les voies digestives, on retirait avec précaution la sonde.

Cela n'allait pas toujours sans quelques difficultés pour l'introduction (fausse route laryngée), sans quelques ennuis lors de la sortie (vomissement).

Nous procédons actuellement d'après un mode opératoire qui consiste de détrôner, pensons-nous, l'ancien garage à la sonde,

Il s'agit de l'introduction directe du liquide par la voie naso-pharyngée, sans l'intermédiaire d'un autre in-

strument qu'une petite cuiller façonnée pour cet usage.

L'enfant est tenu dans une position à peu près verticale ; l'extrémité de la cuiller remplie de lait est introduite dans la narine et le liquide coule lentement dans les fosses nasales, provoquant, à son passage dans le pharynx, des mouvements réflexes de déglutition très appréciables chez le nouveau-né.

Pas de toux, pas de vomissements, la méthode est parfaite et d'une simplicité telle que l'on peut en confier le maniement aux mains les moins expérimentées.

(Dauphiné méd.)

FORMULAIRE**TRAITEMENT DE LA PHTISIE.**

Contre les sueurs. — Badigeonner la peau avec du formol, 1 gr. d'une solution à 20 p. 100. Recouvrir aussitôt d'ouate et de toile cirée pour que le malade ne soit pas incommodé par les vapeurs. Les parties badigeonnées ne transpirent pas pendant plusieurs jours.

Contre la fièvre. — Badigeonner la peau avec du gaïacol. En peu de temps la température tombe de plusieurs degrés. Chez les enfants on se trouvera bien de la pommade suivante :

Gaïacol.	} un drachme.
Lanolin	
Axonge.....	sept onces et demie.

Onctions le soir sur le thorax.

Contre la faiblesse. — Ablutions froides avec de l'eau vinaigrée. Frotter chaque soir la peau avec du lard non fumé et le matin avec de l'alcool camphré ; Senator, de Berlin, croit que ces frictions améliorent la nutrition.

TRAITEMENT DU CANCER.

M. Jaboulay aurait amené la régression du cancer dans un cas au moyen d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine à la dose de un grammé par jour. Pour lui la quinine deviendrait le médicament spécifique du cancer au même titre qu'elle l'est du paludisme, les deux maladies étant dues à des protozoaires pour lesquels la quinine est un poison.

ERYTHEME DES FESSES CHEZ LES ENFANTS.

(Besnier.)

N° 1 Talc.....	} 25 50 g.
Oxyde de zinc.....	
N° 2 Acide borique.....	1 à 2 gr.
Poudre d'amidon.....	10 gr.

Travaux Originaux

Du vertige de Ménière et son traitement

par le Dr JÉHIN-PRUME

Chirurgien des hôpitaux, ancien chef de clinique à Paris,

Membre de la Société d'otologie de Paris.

(Suite)

C'est alors que la malade me fit l'aveu que depuis très longtemps elle souffrait d'une maladie des reins pour laquelle elle fut soignée avec succès par une de nos lumières de l'université Laval.

Les travaux du Dr P. Bonnier me revinrent à la mémoire, et je crus immédiatement à une rechute de la maladie rénale. En effet l'examen des urines prouvait un état de Brightisme le plus avancé.

Je rétablis le traitement général, et aujourd'hui, la malade est très bien, les oreilles ne la gênent plus. Ceci me valut toute une réputation dans le quartier, mais, ce qui mieux est, établit dans mon opinion la certitude de l'utilité des travaux du Dr Bonnier.

Quant aux lésions profondes intra-cérébrales, soit du plancher du quatrième ventricule, soit sur le parcours du nerf de la huitième paire, le traitement est absolument sans effet.

Maintenant, arrivons au *mal de Ménière*. Ici nous avons affaire à une hémorragie intra-labyrinthique. Inutile, n'est-ce pas ? de songer à faire des opérations. Dans les premiers temps, Ménière et son école recommandaient des révulsions : Sanguées, moutarde, saignées, et comme dérivatif, des purgations, de la diète, etc., etc. Ceci fut pratiqué pendant de longues années, jusqu'au moment où le maître Charcot vint, en 1874, bouleverser les traitements connus.

Nous avons vu que cet illustre maître avait établi des données symptomatiques parfaitement tranchées à l'aide desquelles il devenait possible de reconnaître le syndrome de Ménière d'avec les maladies à apparences semblables. Entre autres, le bruit de sifflet, etc.

La clinique lui prouva l'inutilité des thérapeutiques employées jusqu'alors ; et il vit qu'il était de toute nécessité d'avoir recours à d'autres procédés. •

Charcot se mit à chercher. Un jour, frappé par l'action de la quinine sur l'oreille — nous savons tous, que ce médicament cause plus ou moins de bruits dans l'oreille lorsqu'on l'administre à une certaine dose — Charcot, dis-je, en fit donner à une vieille femme qui souffrait de violentes attaques de vertige de Ménière, et cela depuis des années.

Le résultat fut vraiment merveilleux, et dès cette date, le sulfate de quinine devint le spécifique du vertige de Ménière. De nombreux travaux sont là pour le prouver, travaux dus à la plume de hautes autorités scientifiques des deux mondes.

Quant au mode d'administration, voici quelques notes recueillies par moi aux cours du Dr Gille de la Tourette, à l'hôpital de la Salpêtrière. Ces notes sont, je crois, très utiles, surtout ayant été dictées par un des plus brillants élèves de Charcot.

Si le patient souffre d'une attaque d'une certaine sévérité, il devra garder la chambre pendant toute la durée du traitement. Il sera surveillé par une garde-malade (nurse) intelligente et au courant de ces sortes d'affections. Cette "nurse" devra surveiller l'administration du médicament. Cependant si l'habitation et l'entourage du malade n'offraient pas les conditions suffisantes, ne pas hésiter de l'envoyer à l'hôpital.

Avant de commencer le traitement, bien avertir le malade que durant les premiers jours, la quinine augmentera le vertige, même jusqu'au point de l'obliger de garder le lit.

Dès les premiers jours du traitement, mettre le malade à la diète, surtout lactée, cependant le lait devra être abandonné au bout de huit jours. (1)

Le sulfate de quinine sera administré de 0,50 centigrammes à 1 gramme (de 7½ à 15 grains) par vingt-quatre heures. Il est préférable de donner cette dose par petites portions en plusieurs fois ; de cette façon, l'estomac se fatiguera moins. Dire aussi au malade de boire une certaine quantité d'eau après l'ingestion du médicament. Ceci dans le seul but de ménager les susceptibilités de la muqueuse stomacale.

Toujours à cause de l'estomac, le traitement ne devra pas être prolongé au-delà de deux semaines.

Dès les premiers jours, les bruits et le vertige augmentent, mais bientôt les vertiges spontanés diminuent d'intensité, pour disparaître complètement. Il est incontestable que chez les cas anciens, passés dans le domaine du chronique, il n'y aura pas une amélioration aussi rapide qu'on le désirait.

Après ces premiers quinze jours de traitement, le malade cessera la quinine. Dans les cas ordinaires, les bruits et les vertiges auront disparu,

(1) Le sulfate de quinine coagule le lait et nuit à son assimilation.

" Si, toutefois, le malade n'était pas mieux, on recommencera au bout d'un certain temps (1), une nouvelle quinzaine de traitement. Le malade s'apercevra bien vite par lui-même du bon résultat donné par la quinine et ne se refusera pas à une nouvelle quinzaine si cela est nécessaire.

" De toute façon, il est très important que le médecin tienne le malade en observation et puisse le suivre, même longtemps après le traitement.

" Il existe bon nombre de sujets qui sont rebarbatifs au sulfate de quinine, qui le supportent mal. Chez ces patients, il faut agir avec précaution, essayer même la voie rectale. Si tous les essais échouent, lâchez la quinine et rabattez-vous sur le salicylate de soude, que Charcot préconisait dans ces cas à la dose de 2 à 4 grammes par jour (30 à 60 grains)."

Enfin pour en finir avec le traitement par la quinine disons que ce médicament diminue l'hypérexcitabilité du labyrinthe, cause déterminante du vertige que nous sommes appelés à combattre.

* * *

Pour être complet, prenons quelques autres opinions quant au traitement du vertige de Ménière.

POLITZER recommande les douches d'air pour rétablir le tympan à sa place normal, si cet organe est trop bombé en dedans. Ou encore raréfier l'air dans le conduit auditif externe à l'aide de l'instrument de Lucæ. (2) Quant au traitement interne : quinine, iodure de potassium, s'il y a soupçon de syphilis, bromure de potassium. Le traitement galvanique sera employé de préférence pour la forme angionévrotique.

A. COURTADE présente les désavantages qu'a la quinine d'augmenter la surdité et les bruits subjectifs. Les injections le pilocarpine à la dose de trois ou quatre gouttes d'une solution à 1/50ième. Ces injections se feront tous les deux jours pendant un mois, à moins de contre-indication.

HAGEN prescrit une solution d'azotate de strychnine dont il injecte un milligramme dans la peau.

URBANTSCHITSCH, de Vienne, prescrit de la teinture de noix-vomique dans le but de stimuler le nerf auditif. Voici comment le remède est administré :

Teinture d'arnica montana..... 15 grammes
 " noix vomique..... 1 gr. 50 centigr.

(1) Ici le médecin est juge.

(2) Voir Politzer : *Traité des maladies des oreilles*, Ed. 1884, pages 278 et 656.

6 à 10 gouttes, deux fois par jour.

DELPEUCH, recommande l'acide bromhydrique anglais (XX à LX gouttes) dans les cas où la quinine aura échoué.

HARTMANN, conseille le salol à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

GELLÉ dit que le seigle ergoté (0 gr. 60 centigr. à 1 gramme par jour) est avantageusement ajouté au sulfate de quinine. Il recommande aussi l'électrisation.

Les auteurs anglais recommandent l'iodure de potassium.

En somme la question du traitement du mal de Ménière semble, avec Charcot, avoir atteint le but. Cependant cette superbe médication n'est pas universellement reconnue et certaines écoles, celle de Vienne entre autres, semble s'y opposer.

Toutefois la vérité se fera jour, et bientôt l'enseignement clinique joint à la grande pratique prouvera qui a raison.

15 rue Crescent, Montréal.

FIN

Revue des journaux

MEDECINE

Action de l'aspirine sur la fièvre des tuberculeux.

(Soc. méd. des hôp.)

MM. Renon et Latron. L'aspirine, employée avec succès en Allemagne, comme succédané du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu jouit aussi de propriétés antipyrétiques qui viennent d'être mises en évidence par H. Liézan.

Nous avons eu l'idée d'utiliser cette intéressante action contre la fièvre tenace des tuberculeux, es-comptant dans l'aspirine (acide acetylo salicylique) l'effet de l'acide salicylique employé avec succès par le prof. Jaccoud dans le même but. Nous avons donné l'aspirine à la dose de 1 à 3 grammes par jour aux phtisiques les plus atteints de notre service, minés par la fièvre hectique. Dans les trois quarts des cas, nous avons observé un effet antipyrétique immédiat. La température baissait de 1, 2 et même 3° dans l'après-midi avec tendance à remonter le soir vers 8 ou 9 heures. La température, prise quatre et cinq fois dans la journée donnait une courbe d'aspect inverse du type normal, avec maximum le matin. Très rarement, l'effet antipyrétique

ne se produisait que le lendemain. Quand on supprimait l'aspirine, la température remontait presque toujours aux degrés élevés qu'elle marquait avant son emploi.

L'apyrexie ne manquait jamais avec 3 gr., il est souvent suffisant de 2 gr. et même de 1 gramme.

L'action antipyrétique de l'aspirine, est elle susceptible d'utilisation thérapeutique ?

Sans discuter si l'on doit ou non combattre la fièvre des tuberculeux, qui peut tomber par la cure seule de repos, en recherchant les avantages et les inconvénients de l'aspirine, on voit que le plus grand inconvénient (et c'est peut-être la cause de la baisse de la température) tient aux transpirations abondantes qu'elle provoque. On est obligé de changer le phtisique plusieurs fois de suite de linge, et il peut en résulter un affaiblissement temporaire consécutif à cette sudation énergique : mais jamais nous n'avons vu de collapsus ni même de fléchissement de pouls. Par contre, certains malades se sont très bien trouvés de l'absence de la fièvre, la période de transpiration passée. Chez tous l'appétit s'est maintenu comme avant et même il est devenu meilleur chez quelques-uns. La tolérance gastrique a été absolue. En un mot, il nous a semblé que chez ces malades, parvenus au dernier degré de la phtisie, plongés dans le plus lamentable état, la vie s'était peut-être maintenue dans des conditions moins mauvaises que nous ne pouvons l'espérer.

L'action antipyrétique de l'aspirine sur la plupart des cas de fièvre hectique des tuberculeux est un fait acquis. Des recherches ultérieures nous diront si cette action est susceptible d'applications pratiques.

M. Faisans. Je crois tout d'abord que ce n'est par sans inconvénient qu'on fait tomber la température de plusieurs degrés d'une façon aussi brusque et je redouterais dans ces cas de voir se produire du collapsus. De plus est il vraiment avantageux de faire tomber la fièvre des tuberculeux, en la remplaçant par des sueurs profuses ? Enfin je crois que ce n'est pas contre la fièvre qu'il faut lutter chez les tuberculeux, mais plutôt contre la cause qui la provoque, et pour cela on doit employer le repos et la cure d'air.

M. Merklen. M. Jaccoud a autrefois employé l'acide salicylique pour faire tomber la fièvre des tuberculeux, mais la maladie n'était nullement enrayée.

(Gaz. méd. belge)

RESUME DU RAPPORT SUR LA
Diagnostic de l'insuffisance rénale.
par CH. ACHARD.

(Congrès international de Paris)

Le diagnostic de l'insuffisance rénale reposait tout entier naguère sur un ensemble de troubles généraux et fonctionnels, tels que phénomènes urémiques, hydropisies, petits signes du brightisme, bruit de galop, et sur un ex-

amen sommaire de l'urine, consistant dans la mesure du volume et de la densité, la constatation de l'albumine et des cylindres.

Grâce à la simplicité de leur recherche et à la longue expérience acquise à leur sujet, ces signes restent toujours la condition première de tout diagnostic d'affection rénale. Mais ils sont plus propres à établir l'existence et la nature des lésions des reins qu'à faire connaître les troubles de leurs fonctions.

Or l'altération anatomique et le désordre physiologique ne marchent pas toujours de pair, et d'autre part, les fonctions des reins peuvent être sérieusement compromises alors même que les symptômes précédents restent frustes, que la santé générale se maintient sous une apparence trompeuse et qu'une compensation plus ou moins précaire dissimule le danger pourtant réel qui menace l'organisme.

Un complément d'enquête concernant l'état de la fonction devient donc nécessaire. A cet effet, on a imaginé toute une série de recherches qui ont pour objet d'explorer la sécrétion urinaire, surtout en comparant l'urine et le sang, par des procédés cliniques (*dosage*), physiques (*cryoscopie*) et physiologiques (*toxicité*.)

En outre, au lieu d'étudier le produit de la sécrétion spontanée du rein, on a proposé de chercher comment cet organe accomplit un travail qu'on lui impose et qui consiste dans l'élimination provoquée d'une substance étrangère, introduite à dose connue dans l'organisme.

De ces méthodes, deux seules sont suffisamment pratiques ; la cryoscopie et l'élimination provoquée.

La cryoscopie comparée de l'urine et du sérum, qui fait connaître le nombre de molécules, sans distinction de nature, que renferment ces deux liquides, indique la perméabilité du rein. Jointe au dosage de certains matériaux de l'urine, à la mesure de son volume et à l'estimation du poids du corps, elle paraît susceptible de fournir aussi des renseignements très instructifs sur l'état de la circulation rénale et sur l'ensemble de la nutrition. Mais peut-être les calculs ingénieux qui permettent de tirer toutes ces déductions manquent-ils un peu de la simplicité qui convient à la clinique journalière.

Quant à l'épreuve de l'élimination provoquée, faite généralement avec le bleu de méthylène, elle permet de juger dans quelles limites de temps et en quelle proportion le rein parvient à débarrasser l'organisme des substances auxquelles il sert d'émonctoire.

Différentes par le mécanisme, ces explorations peuvent fournir des indications quelque peu dissemblables. Il y a donc tout avantage à en combiner l'emploi.

Elles sont intéressantes sous un double rapport.

D'abord elles constituent un moyen d'étude applicable aux recherches pathogéniques et sont aptes à éclairer certains points obscurs dans le domaine de la théorie.

Ensuite elles ont une utilité pratique, car elles confirment en les précisant les notions acquises par le simple examen clinique tel qu'il est fait couramment au lit du

malade, et parfois même elles suffisent à déceler des troubles de la fonction rénale qui fussent restés incertains ou méconnus, notamment dans certaines néphrites interstitielles à marche insidieuse.

RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR LE

Traitement de la colite muco-membraneuse.

par le Dr ALBERT MATHIEU, médecin de l'hôp. Andral.
(Congrès international de Paris).

Nous nous bornerons à indiquer sommairement ici les principales indications pathogéniques et symptomatiques et les grandes lignes de la thérapeutique qui leur correspond.

1° La constipation est la règle dans la colite muco-membraneuse : elle est souvent spasmodique. La diarrhée, toujours passagère, est le résultat d'une débâcle ou d'une poussée de colite catarrhale.

2° Il existe toujours dans la colite muco-membraneuse une irritation sécrétoire de la muqueuse.

3° Le syndrome colite muco-membraneuse ne prend toute son intensité que chez les individus, prédisposés par un état névropathique antérieur. La colite tend du reste à exagérer ce nervosisme et à le localiser sur l'abdomen. Il en est de même des ptoses viscérales.

Localement, le nervosisme amène l'hyperesthésie des parois du gros intestin et la viciation de sa motilité. C'est en particulier une cause de contractions spasmodiques.

4° L'état général et l'état local réagissent très souvent l'un sur l'autre dans la colite muco-membraneuse et s'exagèrent réciproquement. La thérapeutique doit viser ces deux éléments.

La viciation de l'alimentation, les phénomènes douloureux, l'auto-intoxication sans doute aussi, sont une cause d'anémie, d'amaigrissement et même parfois de véritable cachexie.

5° Enfin, certaines complications, les poussées aiguës dysentériques ou fébriles, les hémorragies, etc., apportent au traitement des indications particulières.

La constipation est à la fois cause et effet ; il faut avant tout chercher à la faire disparaître : sa disparition est le signe et le gage de la guérison de la colite muco-membraneuse.

On emploiera pour la combattre des moyens qui n'augmentent ni l'irritation sécrétoire, ni les phénomènes douloureux, ni la tendance au spasme. L'huile de ricin les grands lavages, la belladone sont surtout utiles.

L'huile de ricin sera donnée le matin à petites doses incorporées au premier déjeuner. Son emploi alternera avec celui des grands lavements. Ceux-ci seront administrés à faible pression, lentement et à une température voisine de 40° à la dose de 1 litre 1/2 à 2 litres 1/2. Ces

lavages calment l'irritation douloureuse et spasmodique de l'intestin, amènent l'évacuation des matières accumulées dans sa cavité, et exercent une action d'antiseptie mécanique.

On peut se servir de l'eau bouillie ; pour renforcer l'action antiseptique, d'une solution faible de biborate de soude ou de salicylate : pour exercer une action modificatrice sur le catarrhe intestinal, d'une solution très étendue d'ichthyolate neutre d'ammoniaque.

On devra éviter avec soin tout ce qui pourrait produire une irritation de l'intestin, les purgatifs drastiques par exemple, les injections astringentes, le massage dans les cas où il existe une hyperesthésie marquée de l'intestin ou un spasme douloureux du côlon.

On a quelquefois recommandé de donner une alimentation riche en détritux végétaux : des légumes verts des fruits cuits, du pain complet, etc. Beaucoup de malades ne les supportent pas, et l'on est forcé de leur prescrire un régime qui favorise la constipation, mais diminue l'irritation de la muqueuse digestive.

Les lavements d'huile sont souvent très utiles, surtout combinés avec les grands lavages à faible pression.

La belladone est souvent prescrite avec succès. Elle calme la douleur, et combat la tendance au spasme. Plus rarement, on aura recours à l'opium et à ses dérivés ; ils peuvent cependant être employés quelquefois.

Les applications locales chaudes et les grands bains chauds ont une action calmante très utile. Les bains prolongés et les grands lavements chauds sont la base de la cure faite à Plombières et dans des stations similaires : on y a quelquefois abusé des douches ascendantes données à une pression trop élevée.

Il est assez souvent avantageux d'agir sur le nervosisme général par l'emploi des calmants nerveux et de l'hydrothérapie. Souvent les malades sont affaiblis, amaigris, et il y a lieu de relever le taux de leur alimentation en même temps que de leur prescrire un régime plus approprié à l'état de leur tube digestif.

Les poussées dysentériques seront combattues par des lavages avec une solution faible de nitrate d'argent, les hémorragies par les préparations d'hamamélis et les grands lavements à 45°.

OBSTETRIQUE

RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR

L'Étiologie et la nature des infections puerpérales.

par M. M. PESTALOZZA, (de Florence)

(Congrès international de Paris)

A l'heure actuelle il n'y a plus de discussion possible sur la nature des infections puerpérales : c'est pour cela que le Rapporteur s'est proposé l'étude des voies

que les différents agents pathogènes peuvent suivre pour pénétrer dans les tissus du canal génital de la femme en couches, et des conditions qui favorisent cette pénétration. Il a suivi pour cela les résultats obtenus à la clinique obstétricale de Florence sur 4015 femmes entrées dans le service pendant le quinquennat 1895-1899, c'est-à-dire dès l'époque où l'on a renoncé dans la clinique à toute désinfection du vagin chez la femme saine en couches.

La clinique obstétricale de Florence dispose d'un service d'accouchements et d'un pavillon d'isolement pour les infections puerpérales, où sont accueillies, soit des femmes qui, ayant accouché en dehors de la clinique, présentent des accidents infectieux, soit des femmes infectées à la suite d'un accouchement à la clinique. Le service d'accouchements a accueilli pendant le quinquennat 3847 femmes : sur ce nombre seulement 32 ont dû passer au pavillon d'isolement pour des accidents infectieux de quelque gravité, et c'était, pour la plus grande partie, des femmes dont le travail d'accouchement avait débuté quelque temps avant l'entrée à la clinique ; de ces 32 femmes, 30 sont sorties guéries. Après un accouchement en ville sont entrées au pavillon d'isolement 138 femmes dont il en a succombé 25.

Les 3847 accouchées de la clinique n'ont pas eu ni désinfection prophylactique du vagin, ni injections vaginales ou utérines après l'accouchement, même en cas d'accouchements artificiels. Ces mesures ont été réservées pour des cas très rares de femmes qui avaient été l'objet de manœuvres ou touchers suspects avant leur entrée à la clinique.

C'est sur les 200 femmes du pavillon d'isolement qu'ont porté les recherches du Rapporteur au point de vue clinique, anatomique et bactériologique. Les résultats de ces recherches qui figurent *in extenso* dans le Rapport ont permis au Rapporteur d'arriver aux conclusions suivantes :

1° La marche aseptique des suites de couches est subordonnée à l'application rigoureuse des procédés de désinfection des organes génitaux externes de la femme et des mains et instruments de l'accoucheur ;

2° Il faut condamner comme superflue et dangereuse toute désinfection du vagin de la femme saine en couches ;

3° En cas de doutes autorisés sur l'asepsie du vagin, c'est-à-dire chez les femmes qui ont des maladies infectieuses de l'appareil génital, ce qu'il y a de mieux à faire c'est de s'abstenir du toucher vaginal pendant l'assistance à l'accouchement.

4° La désinfection vulvaire et celle des mains de l'accoucheur sont suffisantes pour prévenir toute possibilité d'infection pendant l'accouchement ; il reste toutefois une voie ouverte à la possibilité d'une fièvre puerpérale par intoxication (saproémie).

5° Une assistance antiseptique bien entendue doit

comprendre aussi les précautions nécessaires à limiter la possibilité d'une intoxication putride puerpérale : c'est-à-dire la prévention d'une rupture prématurée de la poche des eaux ; la réunion par suture immédiate de toute plaie vulvaire, vaginale ou cervicale : et surtout l'assistance prudente à la période de la délivrance, à l'exclusion de toute manœuvre d'intervention précoce. C'est là le meilleur moyen pour éviter la retention de lambeaux de membranes, de débris placentaires, et de caillots de sang, qui donneraient un terrain trop favorable aux procès de putréfaction.

6° Au cours des suites des couches il faut s'abstenir de toute injection vaginale ou utérine ; bon nombre des cas d'infection doivent être rapportés à l'usage imprudent de ces moyens.

7° En cas d'accidents infectieux il est de la plus haute importance d'acquiescer une connaissance exacte de la porte d'entrée de l'infection, c'est-à-dire s'il s'agit d'une infection vulvaire, vaginale, cervicale, utérine ou combinée. La pratique d'avoir recours d'emblé, et dans tout cas de fièvre, aux injections utérines est hautement blâmable ; il y a lieu de croire qu'elles soient bien souvent l'occasion à l'extension des accidents infectieux. Surtout dans les cas où l'on se doute d'une assistance imparfaite au point de vue de l'antiseptie, il faut toujours s'informer de l'état du col de la matrice. Tout traitement de l'infection doit être précédé par un diagnostic soigné de la porte d'entrée de l'infection ; ce diagnostic, à l'état actuel de nos connaissances, a une importance bien plus grande, au point de vue pratique, que ne l'aurait le diagnostic, encore entouré de trop de difficultés, sur la nature des germes infectieux.

8° Les recherches bactériologiques confirment la fréquence de l'infection streptococcique ; c'est le seul agent que le rapporteur ait pu constater dans les cas de péritonite puerpérale ou dans les foyers métastatiques : quant à l'infection staphylococcique il ne l'a pu constater que sous la forme d'abcès multiples dans le parenchyme utérin (cas d'avortement criminel). L'examen bactériologique n'est pas toujours suffisant, parce qu'il y a des formes de streptocoques à développement anaérobie qui se retrouvent assez souvent dans les formes de saproémie, et qui n'ont démontré aucun pouvoir pathogénétique. Le *b. coli* n'a pu être constaté par le rapporteur que dans des cas de fièvre intra-partum par décomposition du liquide amniotique. Il y a enfin des cas qui pourraient accréditer la possibilité d'une infection diplococcique ; mais, selon toute probabilité, il s'agit là de formes de saproémie, ou le transport de fragments de thrombus décomposés a préparé le terrain au développement des diplocoques qui se trouvaient sur la plaie.

PEDIATRIE

De la pleurésie infantile.

M. Nauwelaers (Cer. med. de Bruxelles) développe quelques considérations pratiques au sujet des cas de pleurésie observés par lui dans le service du Dr Tordeus. Il les divise en pleurésies séro-fibrineuses et en pleurésies purulentes.

1° Les pleurésies séreuses comprennent 20 cas : 17 garçons, 3 filles (11 pleurésies primitives, 3 secondaires à la pneumonie, 6 de nature franchement tuberculeuse) : 14 fois l'affection siégeait à gauche, 6 fois à droite. Comme mode de début particulier, on peut signaler la fréquence des douleurs abdominales et épigastriques et les vomissements.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que l'enfant est plus jeune. Les symptômes objectifs sont beaucoup moins fixes que chez l'adulte. L'auscultation et la percussion trompent souvent. Dans 13 cas, la guérison fut complète ; dans 3 cas il n'y a pas eu d'amélioration, pleurésies tuberculeuses ; dans 4 cas, les malades n'ont pu être suivis jusqu'au déclin de l'affection. Le pronostic de la pleurésie séreuse chez l'enfant doit donc être considéré comme favorable. La pleurésie tuberculeuse implique évidemment un pronostic moins favorable mais non cependant nécessairement mauvais.

2° Les pleurésies purulentes sont plus fréquentes chez l'enfant que les précédentes ; elles sont aussi plus fréquentes que chez les adultes. On a observé 24 cas : 16 garçons 8 filles (4 cas après pneumonie, 5 après broncho-pneumonie, 1 après fièvre typhoïde, 1 après scarlatine, 11 primitives, 2 de nature tuberculeuse.)

Comme traitement, la thoracentèse a été faite 6 fois, dans 3 cas il a fallu recourir à la thoracotomie. Celle-ci fut pratiquée 20 fois et a donné 15 guérisons, 3 décès et 2 résultats inconnus ; dans ces deux derniers cas les enfants ont été retirés de l'hôpital avant la terminaison de la maladie. M. Nauwelaers décrit le mode opératoire qui lui semble le meilleur : il juge la résection costale inutile dans les cas simples. Il est partisan des lavages de la cavité pleurale.

M. Van Engelen est d'avis qu'il ne faut pas faire de lavages après la pleurotomie, comme du reste pour les épanchements purulents abdominaux, afin d'éviter la dissémination du pus. Il a eu l'occasion d'intervenir chez des adultes pleurétiques qui avaient été traités par les lavages et qui présentaient une fistule pleuro-cutanée ; il a pu constater l'épaississement considérable de la plèvre, qui avait sans doute été constamment irritée par les liquides antiseptiques et qui avait ainsi perdu toute souplesse, c'est-à-dire toute tendance à se rapprocher du poumon.

M. Nauwelaers a déjà traité antérieurement cette question des lavages ; or la plupart des praticiens dont

il a consulté les statistiques, sont d'un avis opposé à celui de M. Van Engelen. Les lavages, détergeant la plèvre et balayant les masses fibrineuses, hâtent la guérison : ils ne doivent d'ailleurs être faits qu'avec des liquides non irritants. De plus, chez l'enfant, la pleurésie purulente est toujours ou du moins rapidement, totale, et la guérison se produit généralement en 15 jours. C'est surtout dans les pleurésies à streptocoques que les lavages sont très utiles.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Tuberculose du péritoine chez les enfants.

M. Cassel (Soc. méd. int. Berlin) a observé dans ces dernières années 18 cas de tuberculose péritonéale chez des enfants ; 10 fois il s'agissait de garçons et 8 fois de fillettes ; 3 de ces petits malades étaient âgés de moins de 18 mois.

Parmi eux, 7 furent opérés : il y eut 3 décès et 4 guérisons ; 3 succombèrent avant que l'on ait eu le temps d'intervenir ; 3 autres guérirent spontanément : enfin les 5 derniers furent perdus de vue.

Les 3 enfants qui ont guéri spontanément étaient âgés respectivement de 1 an 1/2, de 5 ans et de 9 ans.

Dans les antécédents héréditaires de ces petits malades, on a relevé 4 fois la tuberculose du père ; chez tous les lésions étaient exclusivement localisées à la cavité abdominale.

Lorsque la tuberculose péritonéale se traduit par de petites tumeurs appréciables à la palpation, le diagnostic ne saurait être douteux, car on n'observe jamais ces nodules au cours de la péritonite séreuse, laquelle est du reste rare chez les enfants et s'accompagne toujours d'ascite ; de plus, la péritonite séreuse est ordinairement secondaire : elle succède à un traumatisme ou à une maladie infectieuse et ne donne pas lieu aux phénomènes généraux graves, en particulier à l'amaigrissement, qui caractérisent la péritonite tuberculeuse.

Le traitement médicamenteux est complètement impuissant contre cette affection : aussi, quand on ne parvient pas à enrayer son développement par les moyens hygiéniques et diététiques, lorsque surtout la fièvre devient continuelle et que l'amaigrissement va croissant, il ne faut pas hésiter à avoir recours à la laparotomie.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

CHIRURGIE

La sonde vésicale a demeure.

par M. LANGLOIS.

D'après M. Langlois, l'action physiologique de la sonde à demeure s'exerce sur l'urètre et la prostate, sur la vessie et les reins, sur l'état général.

Dans l'urètre, l'inflammation qu'elle détermine ra-

mollit les parois, aide au cathétérisme et combat le rétrécissement.

Dans la prostate, la décongestion qu'elle provoque explique la plupart de ses bons effets.

Dans la vessie et les reins, elle a la plus heureuse influence sur la disparition des hématuries et le traitement des rétentions.

Contre le mauvais état général elle est souveraine ; elle amène ordinairement la disparition de la température chez les urinaires. C'est le traitement le plus rapide de l'infection.

L'action thérapeutique de la sonde à demeure varie suivant l'état général du sujet et le degré des lésions uréthrales, vésicales et rénales.

Très efficace dans le traitement du rétrécissement de l'urètre et de l'hypertrophie de la prostate, elle n'est pas moins utile au cours des opérations portant sur l'urètre et la vessie dont elle est souvent l'auxiliaire indispensable.

Elle est en effet absolument nécessaire à la suite de l'uréthrotomie interne et de l'uréthrotomie externe. A la première elle assure l'impunité ; après la seconde, elle favorise la cicatrisation.

Elle facilite l'introduction des instruments rigides dans la vessie. Elle est donc le préliminaire nécessaire de certaines lithotrities. Elle constitue d'autre part le traitement de choix à la suite des lithotrities dans les vessies infectées.

Son rôle dans la cicatrisation des plaies vésicales consécutives à la taille est également des plus évidents.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

THERAPEUTIQUE

Une nouvelle indication des injections de gélatine.

D'après M. le Dr PENSUTTI.

M. le Dr Pensutti a employé les injections de gélatine dans les différentes infections à forme hémorrhagique.

Une autre indication de leur emploi est fournie par les formes dysentériques et l'entérocolite ulcéreuse. Dans les formes chroniques de ces affections, alors que tout autre traitement avait échoué, dès la première injection de gélatine, le caractère sanglant des selles disparaît. Progressivement le nombre des selles diminue et en peu de jours survient une guérison complète.

Au lieu de solutions étendues de gélatine qu'il faut injecter en grande quantité, M. le Dr Pensutti emploie des solutions de gélatine Merck en y ajoutant quelques centigrammes d'acide picrique.

La solution est filtrée puis stérilisée.

Les injections sont faites à l'aide d'une seringue de

Pravaz, à raison de 3 cent. cubes par dose, et l'injection peut être répétée 3 fois par jour. Les injections faites dans la région fessière sont presque indolores.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

SYPHILIGRAPHIE

Descendance des heredo-syphilitiques.

(Congrès international de Paris)

Cette question si embrouillante a été longuement discutée par le professeur Farnowsky (Saint-Petersbourg), par le professeur Finger (Vienne), et par le Dr Julien (Paris).

Farnowsky présente un tableau d'observation de 25 familles syphilitiques avec leur descendance jusqu'à la 4^e génération inclusivement. Le résultat de ses observations prouve que l'influence héréditaire de la syphilis acquise se manifeste avec le plus de rigueur sur la 2^e génération des syphilitiques — ces individus dont les parents ont une syphilis acquise — Cette influence héréditaire, dit l'auteur, occasionne un grand nombre de fausses couches, d'enfants mort-nés, ou périssant pendant les premiers mois de la vie ; d'enfants présentant des manifestations de syphilis héréditaire, ou bien des dystrophies, soit anatomiques, soit fonctionnelles.

“ L'immunité envers le virus syphilitique ne se transmet pas par voie héréditaire à la 3^e génération.”

Finger prétend — et il en donne des preuves — que même à la 2^e génération, elle est inconstante et restreinte.

Nous avouons franchement que ces faits ébranlent quelque peu l'opinion que nous nous étions formée sur l'immunité dans la syphilis acquise.

D'après les observations de Tarnowsky, “ les parents — le père ou la mère — accusant des symptômes syphilitiques héréditaires, soit au moment de la conception, ou bien au courant de la grossesse, ne transmettent pas à leurs enfants la syphilis sous la forme héréditaire.

Il n'a pas eu l'occasion de noter un cas d'atavisme.

Les dystrophies sexuelles de 2^e et 3^e générations syphilitiques jouent un rôle important dans la dépopulation des familles syphilitiques.”

Finger dit à ce propos que “ pour que la syphilis héréditaire à la deuxième et à la troisième génération soit incontestable, ses symptômes doivent apparaître à la naissance ou peu après. Les cas de syphilis tertiaire ne sont pas probants, car alors on peut toujours se demander s'il s'agit d'une syphilis acquise dans la première jeunesse. Dès maintenant une série d'observations démontrent que les troubles dystrophiques qui se développent chez l'enfant n'ont pas seulement pour origine la syphilis héréditaire, mais aussi la syphilis contractée de

bonne heure, pendant l'allaitement, et qu'ils peuvent par suite faire croire à tort à une dystrophie héréditaire.

L'action de la syphilis sur les descendants aurait moins pour effet de produire la dégénérescence de la race que de la diminuer, de la décimer."

Voici la conclusion que formule le docteur Jullien sur le sujet qui nous occupe. Cette conclusion ne s'accorde pas strictement avec les opinions précédemment énoncées. "L'hérédité syphilitique dépend du virus même ou de ses toxines, et varie suivant les facilités ou les résistances que ces éléments rencontrent dans leur développement. Car la complexité de la masse héréditaire ne vient pas seulement des additions successives que reçoivent à chaque génération les attributs ataviques, mais des soustractions qu'ils subissent.

Ainsi s'expliquent les variations incessantes du capital vital, la morphogenèse individuelle étant un résumé de la morphogenèse ancestrale. Toutes les cellules d'un organisme en formation renferment une parcelle de nucléine du noyau embryonnaire en lequel se trouvent concentrés tous les attributs des géniteurs; ce sont, comme on l'a dit, les biophores qui portent en eux les tendances héréditaires. L'être qui commence est la résultante de ces biophores entrant en lutte les uns avec les autres. Les plus forts se manifestent, les autres restent latents à l'état potentiel, mais s'ils ne sont pas exprimés, ils ne peuvent pas moins se transmettre. Ce mécanisme permet de comprendre que le fils ressemble à son grand-père, et d'expliquer les cas dans lesquels la génération intermédiaire reste saine. Elle jouit donc à l'égard de l'infection d'une immunité qu'elle ne transmet pas. Ce fait vient à l'encontre de l'opinion si répandue que, dans les sociétés très frappées par la syphilis, la réceptivité pour le virus finirait par s'atténuer de génération en génération.

Les expériences mémorables de Gley et Chairin sur la production des tares et des malformations chez les produits de femelles soumises à l'absorption de toxines, celles de Straus et Chamberland, Netter, Chantemesse, Widai, sur le passage des microbes et des toxines à travers le placenta sont exactement applicables au cas qui nous occupe. Si la bactérie a pu se frayer un passage, c'est la syphilis avec son cortège de symptômes; s'agit-il de la toxine aux prises avec l'œuf, suivant l'époque à laquelle il est atteint, la rapidité, l'intensité, le degré de généralisation de l'intoxication, la résistance qu'elle rencontre, le type dystrophique va se diversifier en d'innombrables variétés, depuis la mort de l'embryon, depuis la monstruosité complexe, jusqu'à la plus minime anomalie. Ces faits sont loin d'être rares et l'on a lieu de s'étonner qu'un si vaste champ soit resté jusqu'ici terra ignota, mais l'impulsion doctrinale manquait et les médecins avaient des yeux pour ne pas voir.

Eclairés par la bactériologie, l'embryologie et la syphiligraphie modernes, les praticiens n'auront pas de peine à les reconnaître maintenant, et à voir la syphilis

telle qu'elle est, corruptrice des individus, cause latente et tenace de dégénérescence pour leurs descendants."

RHEAUME.

Dermatologie

Les tuberculides.

(Congrès international de Paris)

(Suite)

Cette question est discutée par le docteur C. Brock, de Christiana, par le professeur Roberto Campana, de Rome, et par le docteur J. Darier, Paris.

Voici quelques notions cliniques que ce dernier nous donne :

"Les différentes formes de tuberculides sont trop disparates pour qu'on en puisse donner une description d'ensemble.

Je me bornerai à relever ici quelques caractères qui sont communs au groupe tout entier.

Les tuberculides apparaissent d'ordinaire brusquement, sans fièvre. Les éruptions précèdent par poussées, tantôt subintrantes et continues, tantôt intermittentes.

Les éléments ont une distribution souvent symétrique. Ils peuvent atteindre toutes les régions de la peau, tout en témoignant suivant leur forme, d'une prédisposition marquée pour telles ou telles régions.

Ces éléments sont en nombre très variable : souvent isolés, quelquefois groupés; habituellement de coloration rouge violacé ou livide; indolents spontanément mais douloureux au toucher. Leurs dimensions varient depuis celles d'une minime papule ou pustule jusqu'à celles de nodosités volumineuses ou de placards étendus.

Leur évolution individuelle est relativement lente et s'étend sur des semaines, sinon sur des mois. Elle se fait dans un sens très variable suivant la forme et conduit, soit à la résorption, avec ou sans atrophie consécutive, soit à la suppuration, soit encore à la nécrose, souvent profonde, avec ulcération, élimination et cicatrice permanente.

Les conditions d'âge et de sexe exercent une influence bien connue sur l'apparition de telle ou telle des formes principales de tuberculides."

La médecine expérimentale n'est pas très concluante ici. Cependant Jacobi, Haushalter, Wolff citent quelques résultats positifs; cela est suffisant pour encourager les expérimentateurs dans leur recherches.

Quant à l'effet des injections de tuberculine aux porteurs de tuberculides, dit Darier, on en peut dire seulement que la réaction locale, régulière et constante fait défaut.

RHEAUME.

Travaux Originaux

Inversion utérine. Nouvelle technique opératoire. Guerison.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur de gynécologie à l'université Laval ;
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, etc.

Nous rapportons ce cas d'inversion utérine dans le but de faire connaître une technique avantageuse à suivre dans certains de ces accidents toujours graves.

Madame A... âgée de trente ans, primipare, accouche le 22 juillet 1900. Un anesthésique est donné et les forceps appliqués, vu que le travail traînait. O. I. G. A. Quelques instants après la sortie de l'enfant une hémorragie foudroyante accompagne une contraction vigoureuse de l'utérus et l'expulsion brusque du placenta. Tamponnement et traitement ordinaire. Le médecin n'avait fait aucune traction sur le cordon. Antisepsie ordinaire. Tout marche normalement. Le 3 août, le médecin constate une tumeur dans le vagin, qui ne s'était révélée par aucun signe jusqu'à ce jour. Le lendemain nous voyons la patiente. Il s'agit d'une inversion complète de l'utérus avec collet des plus serrées. Sous l'anesthésie, la réduction ne peut se faire. Il n'y a pas de septicémie, seulement la muqueuse utérine est très ramollie, se desquame facilement et paraît sur le point de se sphaceler par endroits. Pas de fétilité.

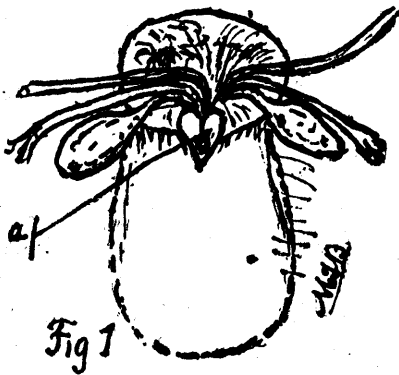


Fig. 1 — Montre en a l'incision libératrice sur la lèvre postérieure de l'anneau constricteur.

Le 5 août nous tentons une nouvelle réduction sans résultat ; alors nous opérons et par le procédé suivant :

Opération. Position de Trendelenbourg. Laparotomie médiane. L'inversion est totale et le collet ne se laisse guère assez distendre, malgré des tentatives avec dilateurs, avec les doigts et les manipulations vagino-abdo-

minales bi-manuelles, pour permettre la réduction. Alors 1er temps : — *Débridement de l'anneau constricteur.* Avec de forts ciseaux nous incisons postérieurement sur la ligne médiane, une longueur de trois à quatre centimètres, l'anneau constricteur, divisant le col et le cul-de-sac postérieur du vagin (fig. 1). Ceci donne un peu de relâchement, mais pas assez pour réduire. Nous passons au deuxième temps alors.

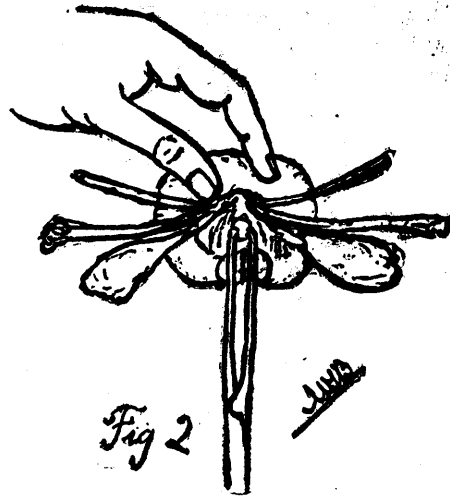


Fig. 2 — On voit le pouce et l'index de la main gauche faisant la contre-pression, et la pince à traction fixée près de l'incision libératrice.

2e temps : — *Réduction de l'utérus invaginé, par la traction progressive, en échelon, avec des pinces.* Nous saisissons, comme l'indique la figure 2, avec une pince à traction, la paroi postérieure de l'utérus, tout près de l'incision. Le pouce et l'index gauches, faisant une douce, mais ferme contre-pression sur le bord antérieur de l'anneau constricteur, nous tirons (fig. 2). Ça cède ; l'utérus invaginé tend à se dédoubler un peu, et nous gagnons un ou deux centimètres. Cette première pince est confiée à un aide et nous en plaçons une seconde, une couple de centimètres plus loin, toujours sur la ligne médiane. Une troisième pince, échelonnée ainsi, suffit pour compléter très facilement la réduction totale de l'utérus. (fig. 3)

3e temps : *Suture de l'incision libératrice.* La suture est faite à trois plans et au catgut. La muqueuse est suturée par un surjet. Un surjet perdu en plein parenchyme et qui se prolonge sur la muqueuse vaginale, constitue un second plan. Un troisième surjet superficiel complète l'occlusion. Les petites plaies produites par les pinces à traction sont fermées par du catgut.

4e temps. Toilette et fermeture du ventre comme à l'ordinaire. Douche intrautérine boriquée. Drainage

utérin avec mèche de gaze. Tamponnement vaginal léger à la gaze. Pansement stérile sur la vulve.

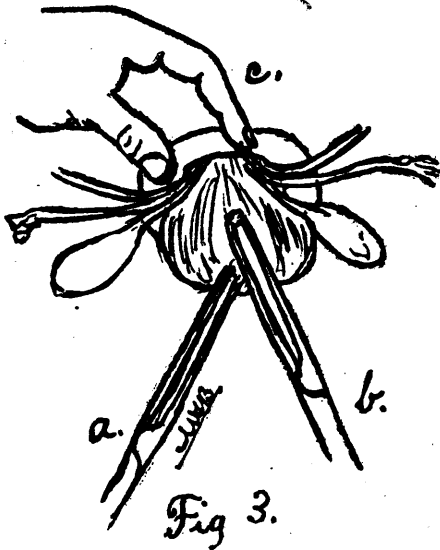


Fig. 3 — La première pince, a, est tenue par un assistant ; la seconde pince, b, est placée et le dégagement s'opère, grâce à la contrepression maintenue en a.

Pas de curettage.

Les suites opératoires furent des plus simples, et le 19 août la patiente quitta l'hôpital pour retourner chez elle, sous les soins de son médecin.

Nous n'entreprendrons pas de discuter les différents traitements de l'inversion utérine ; nous ne révélerons pas la valeur de l'hystérectomie, ni des opérations de Küstner, de Piccoli, de Dührssen, de Jordan et d'autres ; nous ferons seulement les remarques suivantes :

1° Nous croyons que l'opération que nous venons de décrire doit trouver souvent son emploi dans la réduction et la guérison des inversions utérines.

2° Elle est simple, et avec les précautions ordinaires fait courir moins de danger d'infection que ne le font la plupart des autres. Lorsqu'un utérus est tellement malade qu'il serait dangereux de le conserver, tout le monde sait qu'il ne reste que l'hystérectomie ; c'est ce que nous avons fait dans trois cas, avec d'excellents résultats.

3° Lorsqu'il y a de l'infection prononcée, il vaut mieux, si c'est le moins possible, opérer la réduction au moyen de la traction progressive seule et éviter le premier temps — c'est-à-dire le débridement de l'anneau constricteur ; ou modifier ce débridement de façon à ne pas mettre la cavité pelvienne en rapport direct avec le foyer d'infection ; l'incision sera moins profonde n'intéressera pas la muqueuse et n'ouvrira pas le cul-de-sac vaginal.

4° Nous croyons que dans beaucoup de cas on réussira par la traction seule, sans débridement.

5° La pression par l'index et le pouce gauches sur la partie antérieure du collet utérin, facilite singulièrement la réduction ; elle évite aussi la pression que l'on est tenté de faire sur l'utérus du côté du vagin. Si celle-ci devient nécessaire elle devra être confiée à un aide.

200 rue Saint-Hubert, Montréal.

Coq-à-l'âne médicaux.

Epithéliome. — Villar, de Bordeaux, aura obtenu la guérison rapide d'un épithéliome ulcéré de la face par l'emploi du catodylate de soude localement — à parties égales avec l'eau — et à l'intérieur. Les applications sont assez douloureuses. (*J. méd. Bordeaux*)

Empoisonnement par l'aniline. — Landouzy et Brouardel font une intéressante communication à l'Académie de médecine, sur des accidents toxiques survenus à dix enfants chaussés de bottines de cuir jaune noirci avec une teinture à base d'aniline. Le syndrome observé a été : anéantissement allant jusqu'à la chute, jusqu'à la torpeur profonde et complète ; pas de crampes, pas de tremblements, pas de vomissement ; la sensation de froid et surtout la teinte asphyxique passant par toute une série de nuances et de degrés, suivant les parties du corps, la durée de l'action toxique, l'âge des enfants ; teinte allant depuis le facés blafard jusqu'au gris de plomb, jusqu'au gris-ardoise, jusqu'à la cyanose bleue. — Il est donc bon de ne pas oublier les accidents sérieux que provient de l'emploi de substances aniliques : teintures, cirages, etc.

Une légère méprise. — Un simple rhume peut quelquefois être cause de bien des ennuis. Exemple. Un jeune homme timide accompagné de "sa blonde", se présente chez une dame qui tout dernièrement avait fait une addition à sa famille — par la multiplication ! Elle avait contracté un rhume qui la rendait un tant soit peu sourde. Notre jeune homme, après les civilités d'usage, s'informe du bébé, mais la dame croit que monsieur parle de son rhume et elle lui répond qu'elle en a un tous les hivers, que celui-ci est son pire encore, il l'empêche de dormir la nuit et au début l'a retenu au lit. Elle remarque à ce moment, que le jeune homme est pâle et la jeune fille rouge. Elle dit alors au monsieur qu'elle voit bien qu'il est à la veille d'en avoir un comme le sien et lui demande

s'il ne veut pas se coucher. Tête du monsieur..... et de sa blonde ! (*Med. Rec.*)

La malle. — Un futur père étant obligé de s'absenter, confie à un de ses amis le devoir de l'avertir de l'arrivée de son héritier. Ce fut une fille : alors l'ami — gargon de ressources ! — télégraphie : " La malle est arrivée..... pas de sac ! "

Cocasse. — Lu à la devanture d'un libraire :

Histoire d'Héloïse et Abeilard.

(*Reproduction interdite.*)

J'te crois !!! (*Lyon méd.*)

Tuberculose. — Les injections intra-trachéales d'huile chargée d'essences constituent un bon moyen de se rendre maître des associations microbiennes chez les tuberculeux. Mendel formule ainsi : Essence d'eucalyptus, de cannelle, de thym, à à 5 grammes ; menthol, 2 grammes ; huile d'olive stérilisée q. 1% c.c. (*J. méd. Bordeaux.*)

Le chancre mou. — Le docteur Melazzo nettoie l'ulcère avec du sublimé au 1000 ; l'assèche avec de la ouate hydrophyle et le remplit de nitrate de plomb finement pulvérisé, enlevant soigneusement l'excédent qui dépasse les bords. On applique un bandage. Il se forme une eschare dans 48 heures, qui s'élimine rapidement. (*Bull. méd. Paris*)

Ulçère de l'estomac. — Le meilleur remède suivant Marrell, de Londres, serait la teinture d'iode, à la dose de 10 gouttes dans un verre à vin d'eau, trois fois par jour. (*J. Med. Ac. Sc.*)

Excitation chloroformique. — Feilchenfeld, de Berlin, évite l'excitation de la narcose chloroformique en donnant au patient les deux soirs qui précèdent l'opération et le matin même, cinq ou six gouttes de teinture de *strophantus*. (*J. méd. Bordeaux*)

La maladie de Roger. — M. Vinay rapporte à la Société nationale de médecine de Lyon, trois observations, sur cette malformation. La maladie de Roger est une affection congénitale caractérisée par une communication anormale entre les deux ventricules du cœur ; la maladie bleue caractérise surtout la persistance du trou de Botal, — entre les deux oreillettes. Le signe le plus caractéristique de cette affection est le souffle systolique, fixe, intense, siégeant à la région moyenne, ne se propageant ni vers la pointe, ni vers la base, ni vers les clavicules, commençant avec le premier temps, se prolongeant dans le petit silence. Parfois il y a du frémissement castral. Malgré le mélange des deux sangs il n'y a pas de

maladie bleue. Comme pathogénie on avance l'endocardite fœtale et le développement. Le pronostic est fatal, les enfants mourant jeunes. Le traitement est nul.

(*Indep. méd.*)

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR LA

Pathogénie de l'œdème pulmonaire aigu.

par le professeur MASINS (de Liège).

(Congrès international de Paris).

L'œdème est une accumulation anormale de lymphes dans les espaces plasmatiques. L'œdème pulmonaire aigu n'en est qu'un mode particulier présentant deux caractères propres dépendant l'un et l'autre de l'acuité, de l'activité du processus pathogénique et de sa localisme spéciale : ce sont d'abord l'accumulation du liquide non seulement dans les cavités alvéolaires par transsudation à travers les parois ou par leur rupture ; ensuite la soudaineté avec laquelle les phénomènes se déclarent, dont dépend la symptomatologie clinique à peu près uniforme des accidents.

Les théories pathogéniques de l'œdème envisagé d'une manière générale sont au nombre de trois : 1° la théorie purement mécanique qui attribue l'œdème à une augmentation notable de la pression latérale dans les vaisseaux capillaires ; elle doit être rejetée ; 2° l'opinion de Hamburger, de Heidenhain, qui considère la formation de la lymphe comme un acte sécrétoire des cellules endothéliales de la paroi capillaire et l'œdème comme une exagération de cette fonction ; 3° enfin la théorie de Starling, Winter, Théaulon, ... qui attribue la genèse de l'œdème aux modifications des rapports osmotiques entre les liquides situés de part et d'autre de la paroi vasculaire et aux variations de la perméabilité de cette paroi.

Au point de vue de la question qui nous occupe, deux faits la dominent. D'abord une hyperémie active, simple non inflammatoire des vaisseaux sans obstacle à l'écoulement du liquide, est, par elle-même, incapable de produire un œdème. Ensuite, les lésions des parois capillaires, entraînant à leur suite une augmentation de leur perméabilité, sont un facteur important de l'œdème.

C'est pourquoi nous ne pouvons admettre que l'œdème pulmonaire aigu revête une pathogénie univoque. Cliniquement il revêt trois formes.

A. *L'œdème inflammatoire.*—Il s'agit ici, selon toute probabilité, d'une vasodilatation réflexe, circonscrite ou étendue, développée sous l'influence d'un facteur occasionnel quelconque et suivie d'une lésion directe des parois par des microbes vivant au sein d'un parenchyme pulmonaire normal, fait démontré par un de mes élèves.

B. *L'œdème de stase* qui est de loin le plus fréquent. C'est lui qu'on rencontre dans les affections du cœur, spécialement la sténose initiale, dans celles des vaisseaux, qu'il s'agisse d'aortites ou d'artériosclérose, dans les maladies du rein telles que la sclérose primitive.

Les travaux expérimentaux que son étude a suscités sont nombreux, mais leurs conclusions sont souvent contradictoires et rarement applicables à la pathologie humaine. Le fait qui paraît le mieux établi, c'est la production de l'œdème sous l'influence d'une augmentation de pression dans l'artère pulmonaire relevant de l'activité normale ou surélevée du ventricule droit, en même temps qu'une stase dépendant de l'inactivité parétique ou spasmodique du cœur gauche.

Les circonstances étiologiques que nous avons citées démontrent que la pathogénie des œdèmes rentrant dans ce groupe reconnaît des facteurs très variés.

Un seul d'entre eux paraît s'adapter à tous les cas et constituer ainsi la base, le fondement de l'affection : c'est l'adulteration de la paroi des capillaires du poumon.

Ainsi, dans les aortites chroniques, dans le petit rein rouge, il existe souvent une artériosclérose étendue et des troubles de la nutrition qui retentissent tant sur la tension osmotique des plasmas que sur la constitution moléculaire des parois vasculaires.

Les modifications de la perméabilité des parois sont, à notre avis, une des causes principales qui favorisent l'œdème.

D'autre part, beaucoup parmi les affections que nous avons citées, surtout l'artériosclérose et la néphrite scléreuse, retentissent sur le cœur gauche et diminuent singulièrement sa résistance.

Étant donné la brusquerie des accidents, il faut faire intervenir, dans leur éclosion des facteurs occasionnels qui seront, tantôt, l'irritation du plexus cardio-pulmonaire amenant, par voie réflexe, une vasodilatation des vaisseaux pulmonaires, tantôt au contraire, la parésie ou le spasme subit du cœur gauche coexistant avec une contraction normale ou exagérée du ventricule droit.

C. *L'œdème toxique* qui n'est guère connu que dans le domaine expérimental. Ainsi l'œdème par la muscarine, qui doit reconnaître comme cause une crampe du cœur gauche associée à une action directe du poison sur les vaisseaux. Ainsi encore l'œdème indique dans la pathogénie duquel cette dernière causalité est vraisemblablement prédominante.

Les ulcérations gastriques.

par le professeur DIEULAFOY.

(Congrès international de Paris)

Conclusions.

On peut trouver dans l'estomac des ulcérations de toute dimension, depuis la très petite ulcération punctiforme dite érosion, jusqu'aux grandes ulcérations étalées et profondes qui dépassent l'étendue d'une pièce de cinq francs.

Les troubles digestifs, l'intolérance stomacale, les vomissements, les hématomés, la perforation de l'estomac avec ses conséquences, l'adjonction du cancer, sont des symptômes et des complications communes à bon nombre d'ulcérations stomacales.

Au lieu de passer en revue chacun de ces symptômes et chacune de ces complications, ce qui serait une étude de sémiologie, nous pensons qu'il est préférable de choisir parmi les ulcérations stomacales un certain nombre de types, représentant au point de vue clinique, pathogénique et anatomique, des entités morbides assez nettement définies. Voici quelques-uns de ces types :

1° L'érosion stomacale est la plus petite des ulcérations. Elle se présente à la muqueuse sous forme d'un pointillé hémorragique plus ou moins abondant, témoin les érosions pneumococciques. Malgré leur très petite dimension, les érosions peuvent provoquer des hématomés abondantes.

2° Dans quelques circonstances on trouve sur la muqueuse stomacale une ou plusieurs pertes de substance un peu plus étendues que l'érosion. J'ai proposé à cette lésion la dénomination d'*exulceratio simplex*. Pour si superficielle qu'elle paraît, cette exulcération peut atteindre les artérioles qui rampent au-dessous de la muscularis mucosæ, et provoquer l'explosion d'hématomés terribles, souvent mortelles si le traitement n'intervient pas.

3° L'ulcère simple de Cruveilhier (*ulcus simplex*) est le type des ulcères de l'estomac à évolution chronique et à tendance perforante. L'hémorragie et la perforation en sont les complications les plus redoutables.

4° Citons aussi des ulcérations stomacales spécifiques, dues à la tuberculose et à la syphilis, pouvant aboutir comme l'*ulcus simplex* aux hémorragies et à la perforation.

5° Il n'est pas rare que le cancer vienne se greffer sur une ulcération stomacale.

6° La pathogénie des ulcérations stomacales n'est pas encore complètement élucidée. Il faut faire la part des agents infectieux, des agents toxiques, des lésions artérielles et du suc gastrique. Il est possible qu'une ulcération, petite au début, aboutisse à l'*ulcus simplex*.

7° Le traitement des ulcérations stomacales, est suivant le cas, médical, spécifique et chirurgical.

CHIRURGIE

RESUME DU RAPPORT SUR LE

Rapport sur les résultats éloignés des différentes méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre.

par J. ALBARRAN.

(Congrès international de Paris)

L'étude comparée des résultats éloignés obtenus par les différentes méthodes de traitement dans les rétrécissements de l'urètre, conduit à séparer nettement, d'un côté; les rétrécissements dits inflammatoires et, d'un autre côté, les rétrécissements traumatiques. Dans chacune de ces deux catégories il faudrait encore établir de nombreuses divisions suivant le siège, le nombre, l'étendue et le degré du rétrécissement lui-même, ainsi que suivant les complications qu'ils peuvent présenter. Les différentes méthodes présentent des indications dissemblables et, suivant les cas où il s'applique, le même traitement pourra donner des résultats éloignés absolument dissemblables. Nous ne pouvons que dire d'une manière très générale ce qu'on est en droit d'attendre de leur emploi.

I. *Rétrécissements inflammatoires non compliqués.*— Au point de vue de la fréquence des récidives, on peut classer ainsi les principaux modes de traitement des rétrécissements de l'urètre : électrolyse, dilatation progressive, urétrotomie interne, urétrotomie externe, résection et opérations autoplastiques.

L'électrolyse pratiquée par le procédé rapide, en une séance, donne lieu à des récidives d'autant plus rapides que la dilatation consécutive est moins prolongée. Les résultats éloignés de l'électrolyse, par le procédé lent, paraissent un peu meilleurs, mais les documents publiés ne permettent pas de juger le procédé à ce point de vue.

La dilatation progressive doit être méthodiquement conduite jusqu'au n° 60 Beniqué : il faut s'efforcer en outre de rendre au canal sa souplesse, de supprimer les brides que le passage de l'instrument efface, de guérir l'urétrite qui accompagne le rétrécissement et de tarir toutes les sources d'infection urétrale et périurétrale. A ces conditions on peut obtenir de bons résultats éloignés par la dilatation progressive, mais, sauf dans les cas légers, les résultats obtenus ne seront conservés que par l'entretien du calibre du canal au moyen de périodes successives de cathétérisme dilateur.

L'urétrotomie interne ne peut guère être considérée que comme le premier temps de la dilatation progressive. Elle paraît donner de meilleurs résultats lorsqu'on pratique des sections multiples que lorsqu'on ne fait que la section unique, mais quel que soit le procédé employé les résultats ne seront durables que si on arrive après une ou plusieurs opérations et par la dilatation consécutive à placer l'urètre dans les conditions mentionnées à propos

de la dilatation progressive. La récidive est aussi bien à craindre après la dilatation progressive qu'après l'urétrotomie interne.

L'urétrotomie externe donne des résultats éloignés supérieurs à ceux des méthodes précédentes, mais cette opération n'est applicable qu'aux rétrécissements limités. Certains malades sont restés guéris après l'urétrotomie externe sans avoir pris de soins consécutifs : ces exemples sont rares et la récidive n'est guère évitée que par la dilatation régulièrement entretenue après l'opération.

La résection de l'urètre dans les rétrécissements inflammatoires limités de la région périnéo-scrotale donne des résultats éloignés comparables ou supérieurs à ceux de l'urétrotomie externe : lorsque le rétrécissement est susceptible d'être extirpé complètement, on peut espérer que la guérison se maintienne sans traitement consécutif. Dans la région pénienne les résections étendues exposent à l'incurvation de la verge.

II. *Rétrécissements inflammatoires compliqués de tumeurs et fistules urinaires.*— Dans ces cas la dilatation progressive et l'urétrotomie interne deviennent insuffisantes. L'urétrotomie externe, et mieux encore la résection partielle ou totale de l'urètre, donnent les meilleurs résultats éloignés.

Les opérations autoplastiques n'ont guère été pratiquées que dans des cas particuliers peu comparables à ceux dans lesquels ont été faites les autres opérations.

III. *Rétrécissements traumatiques.*— La dilatation progressive est ici insuffisante à assurer une guérison de quelque durée ; il en est de même de l'urétrotomie interne quel que soit le nombre des sections. Avec ces modes de traitement la récidive est rapide.

L'urétrotomie externe, donne de meilleurs résultats, mais expose aussi aux récidives malgré des soins consécutifs réguliers.

La résection de l'urètre est l'opération de choix ; elle réussit mieux dans les rétrécissements traumatiques que dans les inflammatoires et peut conduire, d'emblée, à la guérison définitive.

RESUME DU RAPPORT SUR LE

Traitement des plaies infectées.

par FÉLIX LEJARS (de Paris)

(Congrès international de Paris)

C'est là surtout une question pratique. Nulle doctrine ne vaut que ses applications. Dans ces dernières années, le traitement des plaies infectées a servi de thème à de nombreuses recherches expérimentales et bactériologiques : elles ont fourni des données précieuses, souvent inattendues, parfois contradictoires ; elles exigent toutes le contrôle et contre-épreuve de l'observation humaine. C'est à cette double source d'information scien-

tifique que nous devons demander une théorie qui se rapproche de plus en plus de la vérité, une pratique de plus en plus efficace et simple.

De fait, la solution est simple ou le deviendra, mais le problème est complexe, et, pour l'étudier utilement, il convient d'établir certaines catégories.

1° *Plaies infectées récentes dont l'infection n'est pas traduite encore par des réactions locales ou générales.* On dirait mieux peut-être : plaies récentes, supposées infectées. Mais cette présomption doit s'étendre, en pratique, à toute plaie accidentelle, et les examens bactériologiques en démontrent le bien fondé ; nous savons que les plaies opératoires elles-mêmes sont loin d'être amicrobiennes. D'autre part, nous n'avons aucun moyen de reconnaître—sur une plaie récente—de quels microbes elle est souillée, quelle est leur virulence et quelle sera leur action ultérieure, et, comme nous en avons acquis la preuve, l'aspect, l'habitus extérieur des foyers traumatiques ne sont pas, sous ce rapport, des éléments suffisants d'appréciation.

Donc, toute plaie accidentelle doit être traitée comme une plaie infectée. Quel sera ce traitement ?

Il est avéré que l'absorption virulente, par la surface traumatisée, est presque immédiate : cette rapidité d'absorption varie pourtant avec les divers microbes, et, de plus, la dose s'accroît avec la durée de l'imprégnation. Une première conclusion en dérive : la détersion de la plaie devra être aussi précoce que possible, pour être efficace, mais, à quelque date que ce soit, elle sera toujours utile.

Or l'expérience a établi : 1° que nous sommes impuissants à détruire tous les germes dans le foyer traumatique ; 2° que la défense naturelle des tissus vivants prend une part prépondérante à la lutte contre l'infection.

L'œuvre initiale sera donc, avant tout, une œuvre de détersion mécanique, minutieuse et complète, facilitée, s'il le faut, par les débridements et les excisions nécessaires, pratiquée avec le souci d'éviter les infections associées ou secondaires et de respecter l'intégrité des cellules vivantes, que nous devons aider dans leurs réaction de défense, rien de plus.

L'eau stérile, le sérum artificiel, les compresses stérilisées, bouillies, répondent entièrement à ces desiderata. ce n'est pas la nature du liquide employé, c'est son mode d'emploi, qui commande les résultats pratiques. Nocives à un titre élevé, les solutions antiseptiques, suffisamment diluées pour ne pas altérer les cellules vivantes, n'auront en réalité, d'autre effet utile que cette détersion mécanique.

Des conditions physiques de même ordre devront être remplies par le pansement : il sera aseptique, absorbant, protecteur, et, ajouterons-nous, immobilisateur, dans la mesure applicable aux diverses régions, et pendant une période variable.

2° *Plaies infectées dont l'infection se traduit par*

des réactions, locales et générales, plus ou moins accusées.

Ici encore, deux éventualités sont à distinguer : a. Les signes cliniques d'infection sont de date récente, la plaie ne suppure pas. — b. La plaie est en pleine suppuration.

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

Traitement du coryza des nouveau-nés.

Stern recommande la manière de faire suivante : On enduit le dos et les côtés du nez du petit malade avec un ongent contenant 3 parties d'huile de terpine dans 10 parties de vaseline. Dans chaque narine on introduit quelques gouttes d'eau d'une solution de salicylate de soude à 2% et quelques gouttes de glycérine. Il se produit un accroissement de la sécrétion nasale, que l'on enlève en introduisant dans les narines un cathéter élastique de 10 à 12 centimètres de long. D'après l'état de la respiration, on répète l'opération plusieurs fois par jour. Dans le coryza syphilitique, il faut utiliser le traitement spécifique et faire des injections nasales à l'aide d'une solution de Van Swieten étendue :

Bichlorure de mercure..... 0 gr. 10.
Spts-Vini..... 100 gr.

Puis on peut appliquer sur la muqueuse nasale un onguent à la vaseline et au calomel (0,2 : 30,0).

(J. de méd. de Paris.)

Traitement de l'insomnie.

Il faut d'abord se préoccuper des causes avant de prescrire des hypnotiques. D'abord le travail digestif. Il faut laisser s'écouler un certain temps entre le repas et le moment de se mettre au lit. L'estomac ne doit être entièrement vide ni occupé à une digestion trop active. Il faut se coucher quatre heures au moins après le repas du soir. Si on attend d'avantage, il est bon d'absorber un verre de lait, un biscuit ou quelque autre aliment léger.

Ceux qui ont la digestion laborieuse doivent se contenter d'un repas léger le soir ou faire une promenade au grand air avant de se mettre au lit.

Le travail cérébral n'est pas moins nuisible au sommeil. Il faut éviter une fatigue mentale trop prolongée le soir ou du moins laisser à la circulation cérébrale, le temps de reprendre son équilibre avant de se coucher.

L'insomnie tabagique est aussi fréquente. Elle a ceci de particulier qu'elle n'empêche pas le sujet de s'endormir, mais rend le sommeil très léger, facile à troubler. Un excès de tabac amène un réveil précoce, laissant le malade dans un état d'insomnie irritable qui empêche

tout repos. Il suffit de restreindre le nombre de pipes ou de cigares fumés dans la soirée pour supprimer cette cause d'insomnie.

(J. de méd. de Paris.)

Traitement de l'asthme.

par DIEULAFOY.

Si l'accès commence ou va commencer : badigeonner le nez, en remontant aussi haut que possible, avec un pinceau imbibé de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne..... 1 gramme.
Eau distillée..... 20 —

ou bien pulvériser dans le nez ou dans la gorge, pendant quatre ou cinq minutes, au moyen d'un petit pulvérisateur à eau chaude, une cuillerée à bouche de cette solution et souvent l'accès avorte.

Si cela ne réussit pas, faire respirer fortement 6 à 12 gouttes de pyridine versées sur un mouchoir.

Si l'accès est à son apogée, on formule l'injection hypodermique suivante :

Chlorhydrate de morphine..... 0,10 c.
Eau distillée..... 10 gr.

Injecter une demi-seringue de Pravaz : de cette façon, souvent on jure l'accès ; si cette dose ne suffit pas, un quart d'heures après, injecter une autre demi-seringue.

L'iodure de potassium est le médicament par excellence de l'asthme, à la dose de 1 gr. 50 à 60 gr. par jour. Il faut commencer par la dose de 25 centigr. par jour et arriver à 1 gr. et à 1 gr. 50, 2 gr. si l'asthme est invétéré.

Pour combattre la diathèse on a recours à trois médicaments : l'iodure de potassium, la belladonne et l'arsenic ; voici comment on les administre : Pendant une quinzaine de jours, on fait prendre au moins 1 gr. et même si c'est possible, 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Puis pendant quinze jours également, on donne la belladonne sous la forme suivante :

Poudre de feuille de belladone } à 0 gr. 50 c.
Extrait de belladonne..... }

pour 20 pilules, à prendre d'abord une demi-pilule, puis une pilule. En même temps, on donne une cuillerée à café par jour de la solution suivante :

Arséniate de soude..... 0.25 cent.
Eau distillée..... 80 gr.

Si le malade est emphysémateux, on emploiera avec succès les bains d'air comprimé.

(J. de méd. de Paris.)

PÉDIATRIE

RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR

Méningites aiguës non tuberculeuses.

par M. le Dr NETTER (Paris).

(Congrès international de Paris)

À côté de la méningite tuberculeuse il existe un nombre assez grand de méningites impliquant un pronostic moins sombre et permettant d'instituer un traitement rationnel.

Ces méningites sont de natures diverses.

Il convient de distinguer des méningites secondaires aux otites, aux suppurations diverses, les méningites qui surviennent au cours de maladies aiguës générales ou localisées (fièvre typhoïde, pneumonie,) les méningites primitives (épidémiques ou sporadiques.)

Chacune de ces divisions présente au clinicien et au nosographe des difficultés très grandes.

S'il est facile d'imaginer la façon dont une otite aiguë se complique d'une inflammation des méninges, il convient de ne pas oublier que ces otites peuvent se compliquer de thrombose des sinus, de phlébites, d'abcès du cerveau qui provoqueront des symptômes nerveux analogues à ceux des méningites. Ces symptômes peuvent du reste apparaître dans les otites aiguës simples en dehors de toute complication.

Les symptômes de méningite au cours des maladies aiguës infantiles et notamment au début de la pneumonie impliquent-ils l'existence d'une altération inflammatoire des méninges ? On a été longtemps disposé à en douter en raison surtout de la fugacité des symptômes et de l'idée de gravité exceptionnelle des méningites. Aujourd'hui on admet volontiers que les méningites ne sont pas nécessairement suppurées, que l'inflammation peut se borner à la congestion, à l'exsudation de sérosité. On comprend parfaitement la curabilité de ces méningites sérieuses.

Les méningites simples, primitives, soulèvent une autre question. Peuvent-elles exister en dehors d'une épidémie ? Existe-t-il une différence fondamentale entre la méningite cérébro-spinale épidémique et la méningite sporadique ? La bactériologie répond à cette question comme le faisait déjà l'épidémiologie. Il n'y a pas de démarcation rigoureuse entre les cas sporadiques et épidémiques. La méningite épidémique peut procéder par tout petits foyers.—En ce moment il semble que la méningite revêt le type épidémique sur une grande partie du globe.

En dehors des signes classiques de la méningite dont les meilleurs étaient certainement : les paralysies des muscles oculaires, les altérations du fond de l'œil, la raideur de la nuque, les modifications du pouls et de la respiration, nous disposons de deux signes importants.

On ne saurait trop insister sur la valeur du *signe de Kernig* : impossibilité d'étendre complètement les genoux

quand on fait asseoir le malade. Ce signe ne manque presque jamais dans les méningites non tuberculeuses. On l'observe aussi dans la majorité des méningites tuberculeuses, on ne saurait donc s'appuyer sur lui pour la nature d'une méningite. Les cas dans lesquels le signe de Kernig a été rencontré sans qu'il y ait eu de méningite sont rares et il y a lieu pour beaucoup de se demander si l'absence de méningite est bien certaine.

La ponction lombaire de Quincke fournit au diagnostic des méningites les renseignements les plus précieux. Elle ne présente aucune gravité pourvu que l'on n'aspire pas trop vivement le liquide. Le diagnostic de méningite sera évident s'il s'écoule un liquide trouble ou purulent, si ce liquide renferme des grumeaux.

Très souvent le liquide retiré dans les méningites paraît d'abord tout à fait clair et on voit cependant par la suite s'y former un caillot fibrineux.

Il ne suffira pas de constater les qualités physiques du liquide. Il y a lieu de rechercher sa teneur en albumine, de faire l'examen microscopique, les cultures, les inoculations. Ces recherches indiqueront très ordinairement la nature de la méningite et permettront d'en déduire la cause.

La balnéation chaude introduite par Aufrecht constitue un moyen de traitement très précieux des méningites. Dans le cas de méningites supprimées, les ponctions lombaires répétées peuvent rendre des services.

OBSTÉTRIQUE

Traitement de la mort apparente du nouveau-né.

par B. S. SCHULTZE, Iena.

(Congrès international de Paris)

Voici ma règle de conduite dans le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés :

1. Si l'enfant est d'un rouge-bleu, s'il existe encore quelque tension des muscles, laissez-le en communication avec le cordon ombilical tant que vous y percevrez des battements. Enlevez de sa bouche les mucosités qu'il a pu aspirer, — exciter ses réflexes cutanés. S'il ne réagit pas immédiatement, coupez le cordon ombilical, plongez rapidement et très peu de temps l'enfant dans de l'eau bien froide, puis mettez-le dans un bain chaud. Répétez ces immersions jusqu'à ce que l'enfant crie à haute voix.

2. Si le corps de l'enfant a la pâleur et la flaccidité d'un cadavre immédiatement après la mort, ne comptez pas obtenir quoi que soit par l'irritation des réflexes, car vous perdrez par là un temps précieux. Sectionnez de suite le cordon ombilical, enlevez toutes les mucosités qui peuvent éventuellement se trouver dans la bouche ou dans le pharynx, en avançant et en pressant la base

de la langue de façon à faire monter l'épiglotte, puis soumettez l'enfant ensuite à la respiration artificielle, soit par la méthode de Silvester, soit par la mienne en balançant l'enfant. Commencez par un branle d'expiration prolongée. Il n'y a pas de meilleur moyen pour chasser non seulement des grosses, mais encore des petites bronches, les mucosités qui ont été aspirées. Après avoir fait passer l'enfant de la position d'expiration à celle d'inspiration huit ou dix fois dans une minute, plongez-le dans un bain chaud, et observez-le : vous verrez que les battements du cœur deviennent meilleurs et plus fréquents, que la peau rougit, que la tension des muscles réapparaît. Si en peu de temps vous n'avez pas réussi, recommencez à balancer l'enfant après le bain. Le mouvement d'expiration cause ordinairement la première inspiration spontanée ; puis on met l'enfant tout de suite dans un bain chaud. Si pourtant la respiration reste superficielle, plongez l'enfant dans l'eau glacée. L'enfant réagit tout de suite : il fléchit fortement les cuisses et crie à haute voix : la moelle répond maintenant à l'excitation des réflexes.

Ne considérez jamais un enfant, né en état d'asphyxie, comme ranimé complètement avant qu'il ne crie avec continuité et bruyamment.

Dermatologie

Traitement du zona.

par le prof. BLENLER.

Blenler (de Zurich) recommande l'emploi d'une pommade à la cocaïne à 1 p. 100, comme calmant immédiatement les douleurs du zona.

(Neurologisches Centralblatt. — Rev. Neurol)

Traitement du zona par les pansements à l'acide picrique.

par PAUL DELABRECQUE (Thèse de Paris)

Plus encore que pour les brûlures, l'acide picrique se montre le traitement de choix du zona ; à son pouvoir antiseptique et hématoplastique il unit ses propriétés anesthésiques qu'apaisent les violentes névralgies du zona et calment le prurit intense.

(Rev. Neurol)

Les pelades.

Nous ne jugeons pas à propos d'analyser cette discussion, vu la rareté de cette affection au pays. D'ailleurs le docteur Sabourand considère ce sujet comme l'un des plus obscurs de la dermatologie, et l'un de ceux où, en l'absence de techniques expérimentales nouvelles, cette obscurité persistera le plus longtemps.

Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

Vernis antiseptique pour les mains des chirurgiens.

Kossmann, de Berlin, emploie une substance nommée *chirol*, qui est composée de certaines résines et d'huiles grasses dans un mélange d'éther et d'alcool. Les mains bien désinfectées au préalable sont immergées dans ce fluide qui dans 2 ou 3 minutes sèche et les recouvre d'un enduit flexible et aseptique. Ainsi protégées, les mains peuvent être lavées dans une solution de formoline à 5%. — Marian (Bull. soc. cent. med.), après des expériences très sérieuses vante le vernis blanc à tableaux, 3, de *Sochnée frères*, qui est aseptique, rapidement siccatif, très adhésif, transparent, hydrofuge, et d'une élasticité et d'une souplesse parfaite. — Ces vernis s'enlèvent par un lavage à l'alcool.

Leval, Leipsic, s'est servi de la préparation suivante et la considère en tous points supérieure au *Chirol* et aux autres vernis proposés : 2 parties, en poids, de copal et de térébenthine de Venise sont soumises à une douce chaleur, agitant constamment jusqu'à mélange parfait jusqu'à ce que l'eau et l'huile volatile soient chassées. Quand la masse est refroidie on la dissout dans 100 parties d'éther sulfurique ; on ajoute 100 parties de colodion et plus tard 8 parties d'acétone. Ce vernis s'enlève dans quelques secondes par un linge trempé dans 2 parties d'éther et 1 partie d'alcool.

Système métrique ! " Non, docteur, mon pauvre vieux n'est pas mieux. Vous m'avez dit de lui donner de la poudre que vous m'avez laissée, autant que je pourrais en mettre sur une pièce de dix cents. Comme je n'avais pas de pièce de dix cents, je lui ai donné ce que j'ai pu mettre sur dix sous ; et franchement depuis qu'il a pris ces remèdes je crois qu'il est un peu pire ! " (*Ex-périence.*)

Le chlorotone. — Ce nouvel hypnotique dérive du chloroforme et de l'acétone, sur lesquels on fait agir de la potasse caustique. Il se présente sous forme de cristaux blancs ayant une odeur pénétrante de camphre et qui sont solubles dans la proportion de 1% dans l'eau. La dose est de 6 à 18 grains.

Le gaiacol comme antithermique. — Stanley (*Austral Med. Gaz.*) conseille le gaiacol en frictions sur l'ab-

domen. Il obtint une chute de 2° à 4° dans l'espace d'une couple d'heures. Une friction d'une demi-minute avec 5 gouttes.

Néuralgie faciale. — Belt (*Med. Sentin.*) donne comme moyen très efficace le suivant. Le malade plonge dans une cuvette d'eau aussi chaude qu'il peut la supporter, la main du côté opposé à celui affecté de la néuralgie. Il éprouverait du soulagement en moins de cinq minutes.

Anthropophagie et progrès de la civilisation. — Papa, est-ce qu'il viendra des anthropophages à Paris, pour l'exposition ?

Peut être, mon enfant.

Alors, ils tueront des hommes pour se nourrir ?

Oh ! non... Ils emporteront des conserves de chez eux..... (*Journal de santé*)

Canned Goods ! Hottentot, Bær, Methodist Brands ! Somali Brains ! Gold Coast Livers ! Dude Extract ! et autres délicatessen des îles du Pacifique.

Corps de Losdorfer, dans la syphilis. — Losdorfer, de Vienne, a découvert dans le sang des syphilitiques des corps ovoïdes spéciaux qui pourraient peut être aider à poser un diagnostic très précoce, car ces corpuscules apparaissent avant la roséole. On doit examiner une goutte de sang frais — en cellule, goutte suspendue. Au bout de 2 à 3 heures les corps font leur apparition et gagnent le sommet de la goutte. On n'a pas pu les colorer encore.

Un début malheureux. — *L'étude de la dysentérie.* — Un candidat à l'agrégation devait faire une leçon sur la dysentérie. " Messieurs, commence-t-il, une épidémie de dysentérie ne peut bien s'étudier que lorsqu'on se trouve sur les lieux." Le fou rire qui s'empara des juges et de l'auditoire ne lui permit pas d'aller plus loin. (*Lyon méd.*) — Etudes au laboratoire chic !

Insuffisance rénale. — Simonelli recommande comme indicateur de la perméabilité rénale, l'iodure de potassium dans des capsules de gélatine accompagnées d'une quantité modérée d'eau. A l'état normal, l'iode se retrouve dans l'urine et la salive avant une demi-heure. Dans la néphrite, l'élimination retarde jusqu'à 5 ou 20 heures, se fait irrégulièrement et dure moins. On constate la présence de l'iode par le papier amidonné. (*Ther. Gaz.*)

L'huile de ricin dans la néuralgie. — L'huile de ricin, prise plusieurs fois par semaine, aurait un effet rapide et permanent sur les néuralgies rebelles.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

De l'œdème aigu du poumon.

par M. TEISSIER, rapporteur.

(Congrès international de Paris).

I

1) Il existè bien réellement en clinique un *syndrome morbide spécial* auquel on peut, à bon droit, attribuer le nom d'*œdème aigu* ou d'*apoplexie séreuse* du poumon.

2) Ce syndrome doit être nettement *distingué* au milieu des différentes modalités de l'œdème pulmonaire dont l'évolution est ordinairement lente et chronique et qui ont le plus souvent une origine mécanique ou passive. L'œdème aigu, par sa brusquerie, son caractère *fluxionnaire* bien qu'indépendant de tout processus inflammatoire (absence de fibrine dans la sérosité épanchée, von Basch, Renaut,) accuse sa personnalité propre et son origine distincte.

3) Nettement entrevu par Laënnec, indiqué avec plus de précision par Andral (1857) qui le compare à l'œdème de la glotte, décrit avec détail par Legendre qui en signale la fréquence dans la scarlatine (1846), étudié enfin soigneusement par un médecin lyonnais (Devay,) sa description devient définitivement classique avec Behier et Hardy (1855.) Mais l'entité clinique ne tarde pas à disparaître des descriptions des nosographes, et tombe presque aussitôt dans l'oubli.

Reprise en 1877 par Bernheim, par Jaccoud (1879,) Frenzel (1889,) Bouveret (1899,) l'histoire de l'œdème aigu du poumon est entrée depuis dix ans dans une phase nouvelle et la question plus particulièrement envisagée au point de vue *pathogénique* et expérimental, avec les recherches de Welch Lœwit, von Rasch, et surtout de ses élèves Crossmann et Winckler.

Quelques travaux d'ensemble excellents ont été publiés sur le sujet par Hertz (Ziemssen Handbuch 1887) et par Epinger en Allemagne (1898,) en France par Fouineau (th. 1898.)

II

4) Le syndrome clinique *envisagé isolément* ne donne lieu à aucune équivoque, avec ses sensations *prémonitoires* de chatouillement à la gorge, ou de tension douloureuse intra-thoracique, sa *dyspnée violente* accompagnée de toux spasmodique et continue, bientôt suivie d'une expectoration spumeuse et rosée, véritable écume bronchique par transsudation du sérum sanguin (La Harpe) avec cette pluie de râles fins que l'auscultation laisse percevoir dans toute la région œdématisée. Seule, la cause provocatrice

et directe de l'accès prête encore le flanc à la discussion et le *mécanisme intime* de la crise reste encore à déterminer.

III

5) Si l'on tient compte des faits cliniques publiés jusqu'à ce jour, et aussi des observations qu'il nous a été donné de recueillir, on arrive à cette conclusion, que l'œdème aigu du poumon, c'est-à-dire l'œdème primitif ou fluxionnaire, nécessite pour se produire un terrain spécial : *infection ou intoxication préalable*.

Parmi les infections, le rhumatisme articulaire aigu (Bernheim, Landouzy, Teissier,) la grippe (Rendu, Tessier,) la puerpéralité (Vinay,) la fièvre typhoïde (Jaccoud,) la pneumonie (Troisier,) occupent le premier rang.

Parmi les intoxications, le mal de Bright, et bien loin après lui l'alcoolisme doivent surtout être signalés.

Cette influence prépondérante des infections et des intoxications est justifiée par les expériences relatives à la production de l'œdème pulmonaire artificiel : avec la muscarine (Grossmann,) l'acide prussique (Sahli,) le salicylate de méthyle (Chatin et Guinard,) le nitrite d'amyle (Winckler,) et même avec une simple injection d'eau salée (Sahli.)

6) Mais il faut aussi faire une large part, parmi ces causes prédisposantes, aux *altérations du cœur* ; toutefois il est à remarquer que, pour avoir une valeur provocatrice, ces lésions doivent intéresser les *zones de distribution des plexus ou des ganglions nerveux*, c'est-à-dire : la base du cœur, la région des coronaires, le ventricule gauche (Falck.) Voir aussi les expériences de Weloh : pincement du ventricule gauche et œdème pulmonaire consécutif.

7) C'est sur un terrain ainsi préparé par l'infection, ou chez un sujet atteint préalablement de *lésions cardiaques de siège déterminé*, que se produira le coup d'œdème aigu pulmonaire, l'apparition du phénomène étant subordonnée le plus souvent à un refroidissement brusque, à un excès de fatigue, à une violente émotion qui aura déterminé une *crampe ou une défaillance du cœur*.

Sous cette influence, une brusque élévation de pression s'étant produite, dans le domaine des veines pulmonaires, des altérations préalables du sang facilitant la transsudation séreuse, et des troubles vaso-moteurs concomitants favorisant la stase, la fluxion œdémateuse sera réalisée.

Le néphrite interstitielle présentant au suprême degré ces différentes conditions pathogéniques, il n'est pas étonnant que cette forme du mal de Bright réalise, si souvent à titre d'épiphénomène le syndrome de l'œdème pulmonaire aigu.

Donc on peut, de la simple analyse des faits, conclure d'ores et déjà à l'intervention d'un *triple facteur étiologique* : des troubles mécaniques; des actions vaso-motrices des phénomènes toxico-infectieux préalables. *L'expérimentation vient confirmer entièrement cette conception.*

IV

8) Des expériences que nous avons réalisées dans le laboratoire de notre collègue le professeur Arloing, avec le précieux concours du Dr Guinard nous pouvons en effet tirer les déductions suivantes :

a) Des troubles *mécaniques* passagers, seuls, quelque violents, sont insuffisants pour provoquer de l'œdème pulmonaire.

b) La compression de l'aorte antérieure chez le chien, et même de l'aorte totale, est incapable de produire de l'œdème pulmonaire, ce qui est conforme d'ailleurs aux anciennes expériences de Cohnheim (ligature de toutes les veines pulmonaires.)

c) On peut en effet par ce procédé élever du simple au triple la pression dans l'artère pulmonaire, sans provoquer les phénomènes de l'œdème. Nous possédons à ce sujet des tracés absolument démonstratifs.

d) Une lésion nerveuse concomitante (section du pneumogastrique avec excitation du bout central par exemple) favorise la production de l'œdème. Mais celui-ci est toujours léger et parfois inconstant. D'ailleurs la lésion nerveuse seule est incapable de le réaliser : il faut y ajouter des perturbations mécaniques.

e) Par contre l'œdème est facilement réalisé si l'on fait intervenir une intoxication préalable ; avec le salicylate de méthyle par exemple.

C'est à cet agent, dont les propriétés ont été bien mises en relief par MM. Chation et Guinard, que nous avons dû recourir pour produire l'œdème expérimental car il nous a été impossible de nous procurer de la muscarine.

(à suivre)

CHIRURGIE

RESUME DU RAPPORT SUR LE

Traitement des plaies infectées.

par FÉLIX LEJARS (de Paris)

(Congrès international de Paris)

(Suite)

Dans l'un et l'autre cas, la *sérothérapie spécifique* serait tout indiquée : c'est la méthode scientifique, naturelle, celle de l'avenir. Malheureusement elle n'a pas dépassé encore certaines bornes assez étroites. Nous ne possédons que le sérum antitétanique et le sérum antistreptococcique : le premier ne fournit encore de résultats qu'à titre préventif ; le second a été appliqué surtout dans l'infection puerpérale et l'érysipèle. Contre les autres infections microbiennes des plaies, nous n'avons pas de sérum jusqu'ici efficace, et nous sommes désarmés

devant les infections associées. C'est donc là tout un côté de la question, et le plus important, qui reste à l'étude.

Le traitement du foyer local n'en est que plus nécessaire ; et, comme dans la première hypothèse, nous devons nous proposer un double but : déterger la surface, toute la surface de la plaie, c'est le rôle de l'intervention première ; favoriser l'exosmose, le drainage continu, sur toute cette surface, et prévenir toute stagnation, toute infection surajoutée, c'est le rôle du pansement.

La besogne de détersion est, là encore, *surtout mécanique*, et l'action du pansement doit être *surtout physique*. Si ces conditions sont bien et dûment remplies (et elles ne sauraient l'être que par une technique très précise et très sévère), nous aurons, dans la mesure qui nous est actuellement possible, soustrait les cellules vivantes à l'agression des agents septiques, sans nuire à leurs réactions de défense, et tels sont les deux termes fondamentaux du problème.

Devant une plaie en pleine suppuration, la méthode rationnelle procède des mêmes principes : la mise en plein air, la mise au net du foyer suppurant, le *drainage total et continu*, assurés d'abord par les incisions ou les débridements nécessaires, et ensuite par les propriétés physiques, absorbantes, au sens complet du mot, des pansements.

Enfin, dans certaines formes putrides et gangreneuses, dans certaines plaies cavitaires, l'*eau oxygénée*, qui paraît agir puissamment sur les anaérobies, devient une précieuse ressource, et la preuve est faite de son efficacité.

3° *Plaies infectées, avec infection générale grave. Septicémies traumatiques.* — Cette fois encore, c'est à la sérothérapie spécifique qu'il faudrait demander les éléments d'une thérapeutique rationnelle, et dont l'action est, d'ailleurs beaucoup moins certaine qu'aux premiers stades de l'infection. Or, nous ne pouvons guère, à l'heure actuelle, enregistrer que des essais, et le sérum antistreptococcique lui-même n'a été utilisé que rarement dans les septicémies traumatiques : à haute dose, il mérite d'être plus largement expérimenté.

En attendant les solutions pratiques de ce grand problème, nous ne devons pas renoncer au traitement local, à la détersion large, totale, du foyer, réalisée par tous les procédés rationnels, et dont l'efficacité, pour être assez restreinte dans ces infections généralisées, l'est pourtant d'autant moins que l'intervention est plus précoce et plus complète. D'autre part, nous devrions aider, par tous les moyens possibles, la défense naturelle et la résistance vitale de l'organisme, et, sous ce rapport, la *sérothérapie artificielle*, qui restaure la pression sanguine et active la diurèse, devient, employée à hautes doses, une méthode bienfaisante.

Des indications et résultats de la gastroentérostomie.

par le Dr BOURGET (Lausanne)

(Congrès international de Paris)

Conclusions : — 1° La gastroentérostomie s'impose chaque fois que le calibre du pylore est devenu insuffisant pour permettre le libre passage des aliments de l'estomac dans l'intestin.

2° Pour être autorisé à pratiquer cette opération, la cause du rétrécissement doit être permanente ou définitive, soit par tumeur, bride, cicatrice d'ulcère ou anneau fibreux.

3° Elle est contre indiquée dans les cas de rétrécissement passager du pylore, comme le spasme pylorique chez les neurasthéniques, dans la stase stomacale par ptose ou par atonie des parois.

4° Elle ne sera pratiquée qu'après une étude attentive du travail mécanique de l'estomac, qui sera apprécié à différentes phases de la digestion, et avec des repas d'épreuve rigoureusement les mêmes pour chaque exploration. Dans les cas où l'on soupçonne une cause passagère de stricture (nervosité) on fera les mêmes explorations, mais plus souvent répétées, à cause de la variabilité des résultats et aussi sous l'influence d'un bain tiède prolongé, de bromure de potassium et même de la suggestion.

5° L'insufflation stomacale est nécessaire pour renseigner sur les cas de ptose gastrique ou sur l'importance de la dilatation.

6° La gastroentérostomie est une opération curative dans les cas de rétrécissement du pylore par cicatrice d'ulcère rond, par anneau fibreux ou adhérences péripyloriques.

7° Elle est palliative dans les cas de tumeurs malignes intéressant le pylore, mais elle peut prolonger l'existence du malade d'une manière tout à fait remarquable.

8° Les résultats ont été peu satisfaisants chez les nerveux et les ptosés.

9° Après l'opération, le travail chimique de l'estomac est peu influencé, bien que le taux de l'acidité diminue.

10° Le fonctionnement mécanique de l'estomac est considérablement modifié. — L'évacuation du contenu stomacal est assurée ; elle se fait normalement et rythmiquement, comme si elle était réglée par un pylore normal. — La durée du travail de digestion stomacale chez l'opéré (après guérison du traumatisme chirurgical) est la même que chez l'individu normal.

11° L'estomac reprend peu à peu son volume et sa situation normale.

THERAPEUTIQUE

RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR LES

Effets physiologiques et thérapeutiques de la digitale et ses principes actifs.

par sir LAUDER BRUNTON.

(Congrès international de Paris)

1). L'effet physiologique de la digitale s'exerce principalement :

a) Sur le cœur, b) sur les vaisseaux sanguins, c) sur la sécrétion urinaire.

2). Son action sur le cœur détermine : a) ralentissement des battements cardiaques en raison de son influence stimulatrice sur les racines du nerf pneumogastrique en mammifères. b) Renforcement de la contraction systolique. c) Augmentation du degré de dilatation dans la diastole. B et C sont produits par effet sur la musculature cardiaque.

3) Elle resserre les vaisseaux périphériques et diminue ainsi la vitesse du courant sanguin dans ces vaisseaux.

4). Par ce double effet de resserrement des vaisseaux périphériques et d'augmentation de la contractilité cardiaque, la digitale élève la pression sanguine.

5). La diurèse produit par la digitale dépend principalement de l'augmentation sanguine.

6). La digitale amène la contraction des artérioles du rein plutôt que celle des autres parties du corps. La contraction des vaisseaux du rein peut atteindre un tel degré que la sécrétion urinaire se trouve arrêtée, quoique la pression sanguine en général soit élevée.

7). Lorsque la pression sanguine est déjà très élevée, il ne faut pas attendre de la digitale une action diurétique prononcée. Si, au contraire, la pression sanguine est abaissée, à raison, soit de la constitution naturelle, soit de la maladie, la digitale exerce une action diurétique.

8). La digitale est un anesthésique local, mais elle peut aussi déterminer des douleurs. Elle appartient par conséquent à la classe désignée par Liebreich "Anæsthetica Dolorosa."

9). Dans les doses fortes ou cumulatives, elle donne lieu à de l'irritation gastrique.

10). L'action de la digitale est due à la digitaline, à la digitaléine et à la digitoxine. L'action de ces trois principes est semblable et ne diffère qu'en degrés.

11). Les effets thérapeutiques de la digitale et de ses principes sont : a) régulateur de la contraction cardiaque ; b) renforcement de la circulation défaillante et c) diurétique.

12). L'action régulatrice de la digitale est utile contre la palpitation et les troubles fonctionnels du rythme.

13). Le plus important usage de la digitale et de

ses principes actifs est dans le traitement de l'insuffisance mitrale due soit aux lésions valvulaires, soit à la dilatation ventriculaire.

14). En présence de l'insuffisance aortique, la digitale est (a) inutile et non sans danger si la compensation est complète (b) très utile au contraire si la compensation fait défaut.

15). Lorsque la pression sanguine est déjà élevée, la digitale peut être nuisible en l'augmentant davantage, précipitant ainsi les symptômes d'angine de poitrine ou en déterminant l'apoplexie.

Indications de la saignée.

par le professeur GEORGES HAYEM, de Paris.

(Congrès international de Paris)

1°) Un moyen thérapeutique est *indiqué* lorsqu'il est établi qu'il procure, dans une circonstance donnée, un soulagement plus grand qu'aucun autre.

La saignée ne peut donc être considérée comme *indiquée* que dans les cas où elle agit avec une supériorité incontestable sur tous les autres procédés thérapeutiques.

2°) L'emploi des saignées répétées comme méthode de traitement dite autrefois *méthode antiphlogistique*, paraît être définitivement condamné.

L'ouverture de la veine, pratiquée une fois, ou plusieurs fois à des intervalles relativement éloignés, mérite au contraire d'être conservée comme moyen utile et parfois héroïque.

3°) Les cas dans lesquels la saignée est indiquée sont, d'une manière générale, ceux où la vie est mise en danger immédiat, soit par troubles de la circulation, soit par toxémie.

4°) Les principales conditions dans lesquelles l'indication de la saignée est nette sont les suivantes :

Œdème aigu du poumon, particulièrement dans les maladies des gros vaisseaux et de reins ;

Certains cas de pneumonie à forme œdémateuse ou simplement congestive ;

Certains troubles mécaniques de la circulation par maladie du cœur ou des gros vaisseaux : particulièrement en cas d'hypertension artérielle, mais aussi parfois avec asystolie évidente ; formes congestives et hémorragiques de la néphrite aiguë ; congestion cérébrale et hémorragie au début, chez les malades ayant de l'hypertension artérielle ;

Urémie aiguë ou récente ;

Eclampsie puerpérale ;

Empoisonnement du sang par certains gaz, notamment par l'oxyde de carbone.

5°) Dans toutes les autres conditions pathologiques, les indications de la saignée sont discutables.

Il en est notamment ainsi dans la chlorose.

6°) Les indications de la saignée sont établies empiriquement par l'observation des faits. A cet égard les documents classiques de réelle valeur sont peu nombreux. Les statistiques ne sont guère utilisables, car il est très difficile de faire un groupement irréprochable de faits souvent disparates.

7°) Les effets dits physiologiques des soustractions sanguines ne pourront donner qu'une idée très parfaite des effets thérapeutiques de la saignée. Ceux-ci résultent essentiellement des conditions très particulières créées par la maladie.

Ils semblent pouvoir se rattacher en grande partie, d'un côté à l'effet mécanique produit par la soustraction brusque d'une certaine quantité de sang, de l'autre à une décharge de poison.

Les faits cliniques observés avec précision prouvent que ces effets thérapeutiques sont d'une grande puissance.

8°) La résistance de l'homme et des animaux supérieurs aux soustractions sanguines est considérable, dans tous les cas où il n'existe pas une cause pathologique de déglobulisation ou une entrave à la rénovation du sang.

Sauf aux âges extrêmes de la vie, dans les cas morbides que nous venons de signaler, une saignée d'une certaine importance (de 300 à 500 cent. cubes) est toujours facilement supportée, alors même que les malades sont sensiblement anémiés, ce qui arrive assez souvent dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale.

9°) La réparation du sang s'effectue chez les malades comme à l'état physiologique, par l'intermédiaire des hémato blasts ; les éléments de la moelle des os n'y prennent aucune part.

Ces éléments ne passent dans le sang général qu'en cas de pertes de sang excessives, répétées coup sur coup.

Traitement de gastralgies.

Les gastralgies vraies s'observent :

1. Dans la dilatation de l'estomac, avec fermentations excessives.

2. Dans l'hyperchlorhydrie et l'ulcère de l'estomac.

3. Dans le cancer.

Dans toutes ces conditions, en dehors du traitement de la maladie elle-même, s'impose le traitement de l'élément douloureux.

No pas confondre la gastralgie avec les douleurs pseudo-gastralgiques, observées dans le tabes ; les coliques hépatiques et néphrétiques, intestinales, les crises de rein flottant, les hernies de la ligne blanche avec phénomènes douloureux, l'urémie gastrique, l'angine de poitrine pseudo-gastralgique.

Une fois la nature de la gastralgie déterminée, on peut agir par des agents externes ou des médicaments donnés à l'intérieur.

Moyens externes.— Les vésicatoires pansés à la mor-

phine est un des agents de la méthode révulsive les plus employés et les plus efficaces. Les pointes de feu, le cautère à demeure, peuvent rendre des services ; ainsi en est-il des pulvérisations d'éther, de chlorure de méthyle, du stypage, des pommades et des liniments au chloroforme, à l'essence de térébenthine, les applications glacées, etc., des emplâtres à la belladone et la ciguë, à l'opium.

Moyens internes. — Peter prescrivait au moment des repas ou des crises, le paquet suivant :

Opium..... 0,02
S-nitrate de bismuth..... 2 gr.

La morphine peut être donnée d'après cette formule :

Morphine..... 0,05 cent.
Eau distillée..... 100 gr.

Cinq à six cuillerées à café par 24 heures au moment des crises.

On peut administrer la potion suivante :

Eau chloroformée saturée..... 60 gr.
Chlorhydrate de cocaïne..... 0,10 cent.
Sirop de morphine..... 30 gr.

Par cuillerées à dessert au moment des crises.

Chlorhydrate de cocaïne..... 0,10 centig.
Acide phénique déliquescant... 0,30 centig.
Gouttes noires anglaises..... 2 gr.
Eau distillée..... 2 gr.

Cinq à six gouttes du mélange dans un peu d'eau pendant les douleurs.

G. Sée a vanté le cannabis indica.

Extrait mou de cannabis indica. 0,05 centig.
Julep gommeux..... 100 gr.

Par cuillerée à bouche au moment des crises à une heure d'intervalle.

Le condurango constitue un très bon calmant, surtout dans les douleurs gastralgiques des cancéreux.

GYNECOLOGIE

Metrites cervicales.

par S. POZZI, Paris.

(Congrès international de Paris)

1. L'inflammation aiguë ou chronique du col peut exister pendant longtemps isolée et sans envahir le corps de l'utérus.

2. Toutefois les lésions aiguës de la muqueuse cervicale se propagent facilement à la muqueuse du corps, et les lésions chroniques du parenchyme cervical d'origine inflammatoire (dégénérescence scléreuse et sclérokystique, partielle ou totale) réagissent promptement

sur la nutrition et l'état anatomique du corps utérin tout entier.

3. L'opération de la trachelorrhaphie est inférieure à la résection bi-conique du col, plus ou moins modifiée selon les circonstances. Elle doit être abandonnée.

4. Il existe un grand nombre d'inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques de la muqueuse cervicale, chez les nullipares, qui sont liées à l'étroitesse de l'orifice externe et à l'insuffisance du drainage qui en résulte. La partie la plus importante du traitement est alors de reconstituer opératoirement, d'une façon durable, un orifice suffisant au col de l'utérus.

OBSTETRIQUE

De l'infection du liquide amniotique pendant la grossesse sans rupture des membranes de l'œuf.

par M. VEAUDELLE.

Normalement, l'œuf intact et son contenu sont aseptiques. S'il est infecté, l'infection peut se faire par l'ouverture de membranes rompus, c'est le cas le plus ordinaire, ou les membranes étant intactes, à travers ces membranes ou à travers le placenta. M. Veaudelle pense que cette infection amniotique, sans rupture des membranes, bien que non démontrée par la bactériologie, est néanmoins très probable. Elle se fait vraisemblablement par voie placentaire. Du moins, la pénétration d'un certain nombre de micro-organismes dans la circulation fœtale par l'intermédiaire du placenta est scientifiquement établie.

On repousse d'ordinaire *a priori* la possibilité de la perméabilité des membranes aux microbes, et des faits nombreux démontrent que tant que le fœtus, même mort, demeure à l'abri de l'air, il ne subit pas de putréfaction. Cependant s'appuyant sur le passage certain agents pathogènes à travers les tissus de l'intestin dans la cavité péritonéale, sans solution de continuité, l'auteur se demande si le liquide amniotique, comme le péritoine, ne peut pas s'infecter sans effraction des membranes. Les agents virulents, ayant pénétré jusqu'à la face interne de l'utérus peuvent peut-être envahir l'amnios couche par couche et finalement contaminer le liquide amniotique.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Contribution à l'étude de l'accouchement des épaules dans les présentations céphaliques.

par M. ALLAIX.

Le dégagement du diamètre bi-acromial n'offre pas de difficultés d'ordinaire ; cependant les épaules peuvent par leur excès de volume être une cause de dystocie.

En ce cas, M. Allaix conseille de recourir d'abord à la manœuvre qu'il décrit sous le nom d'escamotage des épaules et qui consiste à dégager les épaules l'une après l'autre. En cas d'insuccès, la position de Valcher, la manœuvre de Jacquemier (abaissement du bras postérieur, et transformation du diamètre bi-acromial en diamètre axillo-acromial), celle de Ribemont-Dessaignes doivent être employées, et souvent grâce à elles on parviendra à extraire des enfants vivants. Mais si l'on n'a pu réussir avec ces procédés, au lieu de pratiquer l'embryotomie cervicale, ou d'appliquer le basiotribe sur le tronc, on devra avoir recours à la sus-acromiotomie ou à la cleidotomie.

La sus-acromiotomie imaginée par M. Bonnair, est une embryotomie partielle qui consiste à sectionner les parties molles situées au-dessous du moignon de l'épaule, l'acromion et la clavicule d'une part, et le cou du fœtus d'autre part ; on permet ainsi aux épaules de se réduire plus complètement, en exagérant ce qui passe normalement pendant le quatrième temps de l'accouchement.

La cleidotomie ou section d'une ou des deux clavicles fut pratiquée pour la première fois par Fornais en 1877 ; quand la clavicule est bien accessible, l'index et le médius se mettent en contact avec elle. Ces deux doigts forment une gouttière protectrice sur laquelle glissent les extrémités tranchantes des ciseaux. Les tissus maternels sont ainsi à l'abri de toute offense. On sectionne une clavicule après l'autre, dans les mêmes conditions. Des expériences faites sur des enfants morts, établissent que la cleidotomie simple ou double diminue la circonférence des épaules de 3 à 4 centimètres en moyenne.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

PEDIATRIE

Un signe précoce de la phtisie chez l'enfant.

Un symptôme de la phtisie de l'enfant important à connaître parce qu'il est un symptôme de la première heure, le seul souvent qui puisse éveiller l'attention et faire soupçonner l'existence d'un processus tuberculeux à son début, c'est le développement sur les parois thoraciques d'une circulation supplémentaire formée de nombreuses arborescences veineuses assez grosses.

Cette circulation supplémentaire ne doit pas être confondue avec les vaisseaux veineux que l'on voit aisément former un riche réseau sous la peau fine et transparente reconnue comme l'apanage des enfants prédestinés à la tuberculose pulmonaire. Les réseaux veineux des enfants qui ne sont pas tuberculeux à des ramifications beaucoup plus fines et en même temps forment un réseau à mailles plus larges. Il est de plus assez unifor-

mément développé sur toute l'étendue du thorax, autant sur le côté droit que sur le côté gauche.

Le réseau du commencement de la phtisie peut être observé tantôt sur un seul côté du thorax, tantôt sur les deux. Il peut se voir au niveau des sommets ou des bases mais le plus souvent il occupe les parties de la paroi thoracique derrière lesquelles se trouve le territoire pulmonaire, siège de l'infiltration bacillaire ; et c'est au niveau des parties du poumon le plus gravement atteintes qu'il est le plus riche et le mieux développé.

Cette circulation supplémentaire acquiert une grande valeur sémiotique quand elle arrive chez des sujets offrant à l'examen de l'adénopathie cervicale et bronchique, de l'érosion dentaire, et des modifications dans la densité des poumons reconnaissables, bien que difficilement, à l'auscultation et à la percussion.

Elle disparaît souvent dès l'apparition des premiers signes de ramollissement des noyaux tuberculeux ; néanmoins on la voit quelquefois persister jusqu'à la période ultime de la maladie.

C'est le docteur Léon Décey qui, au congrès de Naples, a signalé ce symptôme des premiers jours de la phtisie chez l'enfant.

(J. de la tuber. infan. — Lyon méd.)

La mastoïdite chez l'enfant.

par le docteur MÉNIÈRE

(Congrès international de Paris)

Je vais donner un certain nombre de conclusions qui me paraissent justifiées par la clinique.

1. La mastoïdite, suite d'otite moyenne aigue purulente, est plus rare chez l'enfant (8 fois sur 1103 cas) que chez l'adulte (33 fois sur 1748 cas).

2. Chez l'enfant, la mastoïdite comme complication de l'otorrhée purulente chronique, se rencontre assez souvent (356 fois sur 1748 cas).

3. L'apophyse, dans les premières années, étant formée par du tissu spongieux se résorbant petit à petit, on s'explique facilement la marche lente, indolore et insidieuse des affections qui frappent les cellules mastoïdiennes.

4. Chez les jeunes sujets, la carie envahissant les cellules de dehors en dedans, sans lésion de la caisse, n'est pas rare (32 cas).

5. La marche de la carie mastoïdienne évoluant de l'intérieur à l'extérieur, sans douleurs et sans symptômes généraux, est un fait communément observé chez les jeunes sujets prédisposés, dont l'otorrhée n'a pas été soignée ou l'a été mal.

6. La carie suivie de nécrose et de formation de séquestres n'est pas très rare chez les enfants (34 fois sur 1748 cas).

Je note la facilité d'élimination de ces séquestres et

l'absence de toute complication de voisinage dans le courant de la maladie.

7. Il faut signaler aussi, chez les jeunes enfants, la rareté des complications, abcès extra ou intra duremériens thrombose du sinus, etc. (0 sur 2.651 cas) tant aigus que chroniques.

8. Pour ma dernière conclusion, la plus importante : malgré la bénignité relative des diverses complications mastoïdiennes, chez un grand nombre d'enfants; j'estime que lorsque des soins bien entendus, lavages méthodiques, thérapeutique antiseptique, etc., sont restés sans effet et ne modifient pas progressivement la suppuration il faut :

A. Enlever les osselets qui sont le siège de la carie et entretiennent l'écoulement purulent.

B. Si, par cette méthode qui donne des succès, on n'obtient pas une guérison absolue, il est urgent de trépaner l'apophyse au lieu d'élection, et y joindre, si besoin est, la trépanation de la caisse, suivant les indications de Broca, opération qui permet d'obtenir une guérison complète, dans la grande majorité des cas.

Si j'insiste sur la nécessité d'une méthode aussi radicale, c'est que l'expérience démontre que l'infection mastoïdienne se fait lentement, progressivement, sans que des symptômes nets et précis permettent de la diagnostiquer.

Traitement de la chorée par le cacodylate de soude.

Garand a publié trois observations de chorée où la guérison a été obtenue par le cacodylate de soude administré par la voie rectale.

Il s'agit de trois fillettes, âgées respectivement de 12, 14 et 8 ans, de bonne santé habituelle, sans antécédents rhumatismaux, et chez lesquelles la chorée s'était installée à la suite d'une peur. Chez la première l'affection datait de deux ans, chez les deux autres le début remontait à trois mois.

Les deux premières enfants reçurent dans le rectum, pendant cinq jours, une injection de 5 centimètres cubes d'une solution à 0 gr. 50 p. 200 ; deux injections pendant les cinq jours suivants ; trois pendant les cinq autres jours. Repos de cinq jours, puis reprise de la série. La solution employée renfermant 0 gr. 612.5 de cacodylate de soude pour 0 ga. 5 de liquide, les petites malades ont donc pris au total 0 gr. 75 de médicament pendant le mois de traitement. A la fin de cette période aucun trouble choréique ne persistait. Les petites malades ont été laissées douze jours sans médication, et la guérison s'est maintenue.

Chez la troisième fillette les accidents ont cédé au bout de quinze jours d'injections à doses progressives.

En dehors du succès très net du traitement cacodylique, il est démontrée qu'il a été parfaitement toléré.

(Loire méd. — J. méd. de Paris.)

BIBLIOGRAPHIE

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'HYGIÈNE, par le Dr P. REILLE, 1 vol. gr. in-8 de 208 p., cart. (Collection Villeroy). Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris..... 5 fr.

Il était utile, pour les étudiants comme pour les praticiens, de réunir les données principales de l'hygiène générale et de l'hygiène particulière sous la forme de *Tableaux synoptiques*, débarrassés de toutes considérations inutiles et donnant le minimum indispensable des connaissances que le médecin praticien doit avoir sur ces questions. Ce volume atteint bien ce desideratum.

Cette idée de mettre la *Médecine en Tableaux synoptiques* a obtenu un grand succès : les premiers volumes, publiés il y a un an à peine, en sont déjà à leur 2^e édition. La collection Villeroy comprend déjà des *Tableaux synoptiques de Pathologie interne*, de *Pathologie externe*, de *Thérapeutique*, de *Pathologie générale* et de *Diagnostic*, d'*Anatomie* (3 vol.), de *Médecine opératoire*, d'*Obstétrique* et d'*Hygiène*. (Chaque volume comprenant 200 pages : cartonné, 5 fr.)

CONFÉRENCES SUR L'EXTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1^{er} janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris. Ve fascicule. Les fractures et les lymphangites et l'anatomie du membre inférieur.

FORMULAIRE

Mixture de bromoforme chloroforme.

(Dr GAY.)

Bromoforme..... 1 gr. 20.

Chloroforme..... 0 gr. 80.

Rhum..... q. s. pour 120 centim. cubes.

Cette formule mérite d'être notée. En effet, la solution de bromoforme dans l'alcool précipite par un excès d'eau. Au contraire, la solution devient miscible à l'eau en toutes proportions, si on l'additionne de chloroforme.

Une cuillerée à café contient :

Bromoforme..... 0 gr. 05.

Chloroforme..... 0 gr. 03.

Une cuillerée à bouche :

Bromoforme..... 0 gr. 15.

Chloroforme..... 0 gr. 10.

(Gaz. méd. de Paris. — Gaz. méd. belge)

Revue des journaux

MEDECINE

De l'œdème aigu du poumon.

par M. TEISSIER, rapporteur.

(Congrès international de Paris.)

(Suite.)

V

9) Cette conception, basée sur l'origine mixte de l'œdème pulmonaire et l'influence concomitante et nécessaire de trois facteurs préalablement associés, infection, intervention nerveuse, troubles mécaniques, constitue comme la synthèse des interprétations diverses jusqu'ici proposées pour l'explication du phénomène : la théorie toxique surtenue surtout en France par MM. Brouardel et Debove, la théorie mécanique pure, plus spécialement en faveur en Allemagne, la théorie névromotrice défendue plus particulièrement par Huchard (œdème angio-névrotique paroxystique de Müller.)

Il n'est pas jusqu'à l'œdème aigu consécutif à la thoracentèse qui ne puisse recevoir une interprétation analogue.

10) Quant au différend qui partage les expérimentateurs allemands (Welch, Lœwit, Grossmann, etc., et qui a trait aux modifications de la pression intra-cardiaque dans l'infiltration œdémateuse du poumon à l'état aigu, il nous semble expérimentalement devoir être tranché dans le sens de Grossmann, c'est-à-dire que sous l'influence du coup d'œdème aigu, la pression baisse dans les artères périphériques, augmente dans l'oreillette gauche, et surtout dans l'artère pulmonaire.

Le fait semble corroboré par cette constatation clinique qui paraît constante, à savoir qu'une large insuffisance tricuspidienne s'oppose à l'apparition de l'œdème aigu. Sahli a formulé nettement cette assertion, et nous même avons contrôlé le fait à plusieurs reprises.

VI

11) L'œdème aigu du poumon ne se distingue pas seulement de l'œdème passif et chronique, au point de vue étiologique pathogénique et symptomatique : ces deux modalités de l'œdème pulmonaire ont un pronostic tout différent : le coup d'œdème aigu ayant souvent une extrême gravité, et étant susceptible d'entraîner rapidement (quelques heures à peine) la mort du malade.

Certaines poussées d'œdème aigu ont cependant une gravité moindre : les unes sont susceptibles de s'étendre spontanément, d'autres s'effacent devant une fluxion viscérale d'ordre différent, comme métastatique, par exem-

ple une poussée de péricardite (rhumatisme articulaire aigu ou mal de Bright ;) celles-ci cèdent (*les réflexes*) par suppression de la cause provocatrice (ponction d'un abcès interlobaire.) D'une façon générale on peut dire que la gravité d'une crise d'œdème pulmonaire aigu est subordonnée au degré de la perméabilité rénale.

Lorsque la crise doit aboutir à l'issue fatale, les accidents s'accroissent du côté de la circulation périphérique, la pression artérielle s'abaisse de plus en plus, le pouls devient petit et s'accélère, les irrégularités se multiplient, la cyanose apparaît, et le cœur s'arrête en systole : le ventricule gauche apparaît alors comme tétanisé.

12) Quant aux lésions spéciales au parenchyme pulmonaire, elles ont été minutieusement étudiées par von Basch, au cours de ses recherches sur la rigidité pulmonaire et par J. Renaut, plus particulièrement au point de vue histologique. Il ne semble pas qu'il y ait rien à ajouter à leur description.

VII

13) Le mécanisme intime de l'œdème pulmonaire aigu, encore incertain sous certains côtés, ne permet pas encore une thérapeutique exclusivement pathogénique. Et dans l'intervention, il y a lieu de réserver une certaine part aux enseignements de l'expérience.

a) Celle-ci a démontré l'utilité incontestable de la saignée. Des bons effets d'une large décompression veineuse sont justifiés par la clinique et par les résultats de l'expérimentation. La saignée agit encore en soustrayant à la circulation une certaine quantité de substances toxiques : enfin en diminuant la tension dans les cavités droites, elles favorisent la circulation pulmonaire et facilitent la contraction des cavités gauches.

b) La révulsion sur les troncs nerveux et le plexus cardiaque est traditionnelle, étant donné qu'ils interviennent le plus souvent directement ou par action réflexe dans la production des troubles vaso-moteurs provocateurs de l'œdème.

c) L'atropine, sur laquelle on avait beaucoup compté à cause de ses propriétés antidotiques par rapport à la muscarine, n'a donné que des résultats nuls ou infidèles.

d) Le nitrite d'amyle oxycarboné, récemment étudié par Winchler et qui semble dépourvu des inconvénients du nitrite d'amyle, nous semble pouvoir être utilisé avec quelques chances de succès, en égard à ses propriétés vaso-dilatatrices et à son influence marquée sur l'énergie contractile du cœur.

e) L'acide carbonique administré par la voie rectale nous a, dans des cas graves, associé à la révulsion et aux applications de ventouses scarifiées, donné de bons résultats, peut-être en assurant une meilleure ventilation pulmonaire et en calmant la dyspnée.

f) En tout cas la morphine paraît un médicament dangereux et qui semble devoir être abandonné.

g) Enfin dans les cas désespérés on a recommandé

la ponction de l'oreillette droite (Werbrock, Dana) et la trachéotomie avec aspiration du liquide obstruant les grosses bronches (ahli). Nous ne sommes pas en état d'apprécier la valeur de ces différents procédés.

Contribution à l'étude des crises gastriques essentielles.

par le Dr TARUELLA (de Barcelone).

Conclusions. — 1° Les crises gastriques ne sont pas une maladie ; elles constituent un complexus symptomatique.

2° Il y a une forme clinique qui est dépendante d'une lésion systématisée des centres nerveux. En général, la maladie qui les engendre c'est le tabès dorsal, soit dans la période de préataxisme, ou dans une période plus avancée. On les a vues aussi dans la paralysie générale et la sclérose en plaques.

3° L'existence des crises gastriques essentielles, comme fait d'une viciation de l'innervation stomacale (motrice sensitive et sécrétoire), est indubitable. Admise déjà par plusieurs auteurs, le cas que je viens d'exposer en est la démonstration. Après six ans d'évolution de la maladie, pendant laquelle ont eu lieu cinq accès de crises gastriques avec intervalles, sans aucun trouble stomacal, le terrain névropathique, qui est propre à la maladie, et l'absence de signes qui accusent des lésions des centres nerveux, sont des témoignages qui renforcent cette idée.

4° Le meilleur traitement de l'accès, ce sont les injections hypodermiques de morphine, mais toujours sans les prodiguer, pour que le patient ne tende pas à la morphinomanie. Dans les intervalles des crises, les sédatifs francs sont indiqués, ceux qui ne déterminent point de forte dépression du système nerveux (le valérianate d'ammoniaque surtout).

La vie de campagne, les douches, l'abandon des travaux intellectuels excessifs, pas de fatigues physiques, la tranquillité morale, tout cela aide considérablement à la guérison de la maladie.

(Gaz. méd. belge.)

CHIRURGIE

Le traitement opératoire de l'appendicite.

par le Pr THIÉRY (de Paris.)

(Congrès international de Paris.)

M. Thiéry, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, présente quelques considérations sur un procédé encore peu connu de résection de l'appendice à froid, appuyées d'une statistique de 30

cas, opérés depuis 1895, en dehors du service de garde des hôpitaux, avec 29 succès.

En ce qui concerne l'appendicite suppurée, avec foyer localisé, M. le Pr Thiéry se contente d'inciser l'abcès et de le drainer, et ne résèque l'appendice que s'il se présente d'emblée au chirurgien.

Puis, parlant de la résection à froid de l'appendice, l'auteur insiste sur la complication fréquente de péritonite aiguë secondaire, par insuffisance de la technique destinée à oblitérer le moignon appendiculaire. Il fait aux différents procédés généralement employés, le reproche de la rupture possible d'une suture intestinale, et préconise un procédé spécial, qui ne lui a donné jusqu'ici aucun insuccès, et dont voici la technique opératoire :

L'abdomen ouvert, l'appendice saisi et attiré à l'extérieur, après libération de son méso, est, dans un premier temps, fixé aux lèvres péritonéales par quatre fils cardinaux passant dans l'épaisseur de ses parois ; le reste de l'incision péritonéale est fermé par un plan de sutures, de préférence au catgut.

Dans un deuxième temps, aucune communication n'étant plus à craindre avec la cavité péritonéale, l'appendice, est, après la ligature de sa base, réséqué sans danger, avec ou sans suture séro-séreuse du moignon.

Enfin un troisième temps, comprend le drainage de la plaie et la suture des parois.

La guérison est, ou complètement aseptique, ou, le plus souvent précédé d'une exsudation stercoro-muqueuse quelquefois purulente, due à la section du moignon par le fil constricteur, et rendue absolument inoffensive par le drainage.

M. Thiéry termine en répondant aux objections formulées contre l'appendicopexie, en disant que le procédé est d'une sécurité absolue, qu'aucun de ses malades n'a présenté de douleurs dues à des adhérences, qu'enfin il ne persiste pas de fistule.

Traitement de l'épididymite blennorrhagique.

par SPIEGELHAUER.

Frappé des bons résultats obtenus par le prof. Jassohn à l'hôpital général de Breslau, dans le traitement des maladies des annexes chez la femme par les fomentations chaudes et notamment convaincu des bénéfices de la méthode par l'observation d'un malade qui, après n'avoir retiré aucun bénéfice du traitement par le froid, prit de désespoir des bains de siège chauds et s'en trouva bien, Spiegelhauer traite depuis deux ans toutes les épididymites blennorrhagiques par les fomentations chaudes.

Il découpe dans une pièce de batiste de Billoth un rectangle d'environ 15 cm. de large sur 20 de long et un rectangle semblable d'une épaisse feuille de gaze à pansement. On fait un trou au milieu d'un des petits côtés

du rectangle pour laisser passer la verge. La gaze est imprégnée d'une solution chaude d'acétate d'alumine à 10% ; on recouvre avec la batiste, puis on met un suspensoir pardessus. L'important dans la manière de fixer le suspensoir est que la courroie du corps soit fortement tendue, parce que le scrotum est alors bien relevé, tandis que les courroies des cuisses n'ont pour but que d'empêcher le suspensoir de glisser.

S. n'attribue pas à l'acétate d'alumine un effet cutif spécial sur l'épididymite, mais il empêche ou du moins rend beaucoup moindre la macération de la peau, qui arrive très vite d'ordinaire avec l'eau seule. Il renouvelle la fomentation trois fois par jour, pour éviter la sécheresse.

Son effet est analogue à celui des enveloppements par la méthode de Priessnitz. Généralement les malades avec ce traitement peuvent se reposer, le relèvement des bourses et l'allègement du cordon faisant disparaître la douleur. Le séjour au lit n'est exigé que des malades atteints de souffrances intolérables, et de ceux encore atteints de fièvre, soit au début, soit à la période la plus aiguë de la maladie. Ces malades peuvent aussi prendre avec bénéfice des bains de siège chauds. S. donne à chacun de ses malades atteints d'épididymite 3 gr. par jour de salicylate de soude, même la fièvre disparue. Il croit qu'elle cesse dès que le pus blennorrhagique accumulé dans l'épididyme s'est écoulé dans le cordon, la tension cédant aussitôt, ce qui est le vrai but à atteindre. S. n'a pas eu à déplorer jusqu'ici d'abcès sur environ 20 cas. Par contre, les épидидymites évoluent plus vite, le retour à l'état normal est plus rapide que par les anciens traitements avec la vessie de glace.

(J. de méd. de Paris.)

OBSTÉTRIQUE

Des endométrites hémorragiques ou hydro-hémorragiques des 6 premiers mois de la grossesse.

par M. LEMAIRE (Th. de Paris.)

D'après M. Lemaire, les écoulements métrorrhagiques des 6 premiers mois de la grossesse sont liés à un processus d'endométrite déciduale. Ces écoulements affectent 3 types : 1° hydrorrhée ; 2° hydro-hématorrhée ; 3° hématorrhagie.

A l'inverse des écoulements liés au placenta prævia, ceux-ci n'affectent jamais la forme foudroyante. Tout le danger généralement consiste dans les suites de leur répétition et de leur ténacité : ils donnent naissance à un état d'anémie susceptible à la vérité de guérir, mais pouvant devenir mortel. Le diagnostic de ces écoulements et de leur origine est des plus faciles. Cependant, si on se trouve en présence d'une femme cachectisée, on

peut éprouver quelques difficultés pour décider si l'affaiblissement de l'état général est la cause ou l'effet des pertes du sang. L'examen hématoscopique permettra de trancher la question.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Tuberculose et grossesse.

par le Dr SAMUEL BERNHEIM.

(Congrès international de Paris.)

Après avoir rapporté de nombreuses observations personnelles, après avoir interprété les faits observés par différents auteurs, M. Bernheim tire de son étude les conclusions suivantes :

1. La grossesse ne provoque pas fatalement la tuberculose chez les prédisposées. La tuberculose latente ou ancienne n'est pas fatalement réveillée par une grossesse simple et unique. La gestation chez des prédisposées à la bacillose a d'autant plus de chance de réaliser ce réveil que la femme est plus jeune. D'où la première indication de ne jamais marier trop tôt les jeunes filles dont la débilité fait craindre une invasion bacillaire ultérieure. En outre, il faut exercer une longue surveillance pour permettre la maternité à une tuberculeuse et s'assurer que sa guérison est définitive.

2. La tuberculose est d'autant plus aggravée par la grossesse que les lésions sont plus étendues et plus profondes. La mort est quasi fatale dans les cas de granulie.

3. Si une grossesse unique peut parfois n'avoir aucune influence fâcheuse sur une tuberculose torpide, il n'en est pas de même des grossesses multiples qui sont presque toujours désastreuses même pour les femmes à phthisie curable.

4. Le post-partum, les suites de couches sont particulièrement redoutables pour la phthisique à laquelle il faut défendre l'allaitement.

5. Dans tous les cas où la tuberculose est aggravée dans les premières semaines de la grossesse, le praticien est en droit de pratiquer l'accouchement prématuré. C'est une règle de conduite adoptée par beaucoup de docteurs allemands et anglais. [Bien entendu qu'au point de vue catholique, cette pratique est condamnée absolument. M. T. B.]

6. L'influence de la tuberculose paternelle sur la marche de la grossesse peut être considérée comme nulle.

8. La tuberculose de la femme est la cause fréquente d'avortement.

9. Après l'accouchement, le nouveau-né doit être éloigné sans retard du foyer de contagion. En agissant ainsi, en le plaçant dans de bonnes conditions hygiéniques, on a beaucoup de chances d'élever un sujet robuste et sain.

GYNECOLOGIE

Sur les hémorragies utérines dans la dégénérescence scléro-kystique des ovaires.

(Soc. méd. Nancy.)

M. Gross émet quelques réflexions sur la pathogénie des hémorragies utérines dans la dégénérescence scléro-kystique des ovaires. De même que M. Vautrin, il a observé un certain nombre d'hémorragies incircibles dans cette affection. Il pense que ces hémorragies doivent surtout se présenter au début de l'altération des ovaires, à la période de congestion et de prolifération. Lorsqu'elles coïncident avec la période de sclérose du tissu ovarien, leur cause est ou dans une lésion concomitante de l'utérus ou dans une tare du côté de l'état général. Il a eu l'occasion d'observer plusieurs malades chez lesquelles la cause qui entretenait la perte de sang était un état général qui laissait à désirer.

Chez une première malade, jeune femme de 27 ans, traitée pour une endométrite hémorragique et ayant subi déjà plusieurs curettages, une castration unilatérale fut pratiquée dans le but de supprimer au moins en partie l'état congestif de l'appareil utérin. L'opération permit de constater la dégénérescence scléro-kystique avancée des ovaires, mais les hémorragies ne cédèrent que lorsqu'un examen attentif de l'état général de la malade fit découvrir une myocardite latente et que celle-ci reçut un traitement approprié.

Chez une femme de 37 ans, des hémorragies utérines graves ne cédèrent ni au curettage ni à la castration bilatérale (qui permit de reconnaître un état scléro-kystique des ovaires très avancé); elle s'arrêtèrent après le traitement d'une syphilis ancienne.

Chez une troisième malade, des hémorragies utérines tout aussi rebelles et au curettage et à la castration (qui montra des ovaires dégénérés) cessèrent après un traitement hygiénique sévère opposé à une hypertrophie cardiaque commençante.

Si, après une observation clinique attentive, on ne trouve aucune cause à une hémorragie utérine persistante et rebelle aux moyens ordinaires, il est toujours à craindre qu'il y ait un commencement de dégénérescence néoplasique de la muqueuse utérine.

M. Gross cite un cas de ce genre, où il dut pratiquer finalement l'hystérectomie abdominale totale.

M. Th. Weiss est d'avis que, dans la dégénérescence scléreuse des ovaires, l'utérus est généralement en cause ce qui justifie la castration totale, ovaires et utérus compris. L'intervention doit se faire en une seule séance si possible, sinon on peut commencer par enlever les ovaires et pratiquer ensuite l'ablation de l'utérus. A l'appui de sa manière de voir, M. Weiss rapporte deux observations personnelles.

La première concerne une femme de 30 ans, qui

subit la castration des deux ovaires. L'utérus resta gros et même augmenta de volume en même temps que se produisaient des hémorragies. La malade traîna 3 ans et son état n'est que relativement amélioré à l'heure actuelle.

Le second cas est celui d'une pluripare atteinte de dégénérescence kystique unilatérale, opérée une première fois de castration de l'ovaire malade. Des hémorragies étant survenues ultérieurement, l'opérateur enleva le second ovaire et l'utérus. La guérison est parfaite.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

THERAPEUTIQUE

Traitement médicamenteux de l'arterio-sclérose.

(HUCHARD.)

Prendre matin, midi et soir, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Iodure de sodium..... 3 grammes.
Eau distillée..... 300 —

L'usage de l'iode, à doses ainsi fractionnées, ne doit être suspendu qu'à de rares intervalles.

Si tendances angineuses, 3 cuillerées à soupe par jour de la solution suivante ;

Solution de trinitrine à 1 p. 100 XL à LX gout.
Eau distillée..... 300 grammes.

Si accès angineux, nitrite d'amyle en inhalation.

Si tachycardie (110 120 pulsations), chaque jour 2 à 3 des pilules suivantes :

Extrait de convallaria..... 0 gramme 10
Sulfate de spartéine..... 0 — 05

Pour une pilule.

Ou encore 1 à 2 injections sous-cutanées de 1 centimètre cube de la solution suivante :

Sulfate de spartéine..... 0 gramme 50.
Eau stérilisée..... Q. s. p. 10 centim. c.

Si diminution notable des forces, 2 cuillerées à café par jour, pendant 5 à 8 jours au plus, de la mixture suivante dans un demi-verre d'eau de Vittel ou d'Evian sucrée :

Extrait fluide de kola 120 grammes.
Extrait fluide de coca..... 80 —

Si inappétence, XV gouttes du mélange suivant, au début de chaque repas :

Teinture de noix vomique... }
Teinture de gentiane..... } à 10 grammes.
Teinture de colombo... .. }
à 10 grammes.

Ou encore une granule de quassine matin et soir.

Si insomnies, 1 à 2 perles de chloralose de 0 gr. 10 ou 1 à 2 cachets de 0 gr. 75 de trional, le soir en se couchant.

Si œdème des membres inférieurs, avec abaissement de la quantité d'urine au-dessous de 1200 gr., reprendre le régime lacté avec 2 à 4 des cachets suivants :

Théobromine..... 0 gramme 50.

Pour un cachet.

Si l'œdème augmente avec tachycardie, arythmie, dyspnée, reprendre le régime lacté absolu, puis le traitement suivant ;

1. Purgatif : eau-de-vie allemande, 15 à 30 grammes, ou l'un des cachets suivants :

Scammonée..... 0 gramme 75

Jalap..... 0 — 15

Pour un cachet.

2. Pendant 5 jours, tous les matins à jeun, prendre, X gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1/1000 formule de Petit ;

3. Pendant 5 jours, repos et théobromine ;

4. Recommencer 5 jours de digitaline après un nouveau purgatif.

Si les phénomènes de congestion pulmonaire, augmentation de l'anasarque, même traitement, ventouses sèches ; si encéphalopathie, ventouses scarifiées. Jamais de vésicatoires.

(J. de méd. de Paris.)

L'opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison

par ANDÉRODIAS

1. L'opothérapie surrénale donne, dans le traitement de la maladie d'Addison, de bons résultats ; elle peut amener la guérison ou du moins procurer une amélioration notable ;

2. L'extrait capsulaire sera donné par la voie digestive et non en injections hypodermiques ; il sera préférable d'employer l'extrait sec, plus facile à prendre que la glande fraîche ;

3. Ce traitement, suivi avec prudence, en donnant des doses relativement faibles et en surveillant attentivement le malade, est d'une innocuité absolue ;

4. Pour être efficace, il sera continué pendant longtemps, même après la guérison du malade.

(J. de méd. de Bordeaux)

De la nutrition extra-buccale.

par le Dr W. DE LEUDE.

(Congrès international de Paris.)

Résumé. — La nutrition extra-buccale peut être faite par le rectum et le derme.

I. — *La nutrition par le rectum.* — 1. *Les albumines* les mieux appropriés sont les préparations *peptone*

(60 grammes sur 300 de liquide = lait, ensuite les œufs crus : 3 œufs + 3 grammes de sel de cuisine).

Employant ces substances comme ingrédients de lavements, il ne se produit jamais dans l'urine des albumines ou des albumineux.

Par contre, si on en faisait un emploi prolongé, il se produirait alors de la proctite, c'est pourquoi les lavements détersifs doivent toujours précéder les injections.

2. Des hydrates de carbone :

Il est à recommander, le sucre 15-20 grammes sur 300 grammes de liquide.

L'amylum est encore plus avantageux, parce que la plus grande partie se transforme dans le rectum *graduellement* en sucre, et irrite moins l'intestin ; comme dose on doit prescrire 50-100 grammes d'eau ou de lait.

3. *Le gras* est impropre comme ingrédient des lavements alimentaires, parce qu'il n'est résorbé qu'en parties très minimes.

Les lavements pancréas, composés de gras (40) de viande (60) et des masses de pancréas, se recommandent au même degré que ceux mentionnés plus haut.

Pour les lavements alimentaires, surtout comme menstruum, on emploie avantageusement 300 grammes de lait avec une valeur alimentaire de 150 calories.

Avec chacune de ces compositions de lavements on introduit dans le corps à peu près 300-450 calories.

Dans tous les cas on peut administrer deux fois par jour ces lavements alimentaires.

II. — *Nutrition sous-cutanée.* — 1. D'après les expériences faites jusqu'aujourd'hui, les *peptones* et les *albumineux* sont impropres comme éléments d'injections sous-cutanées ; de même les autres albumines.

2. *Quant aux hydrates carboniques*, le sucre, comme ingrédient d'injections alimentaires sous-cutanées, n'est pas recommandable, parce que, en faibles solutions, il représente trop peu de valeur alimentaire, tandis qu'en solutions plus fortes il irrite inmanquablement le derme, produisant des douleurs et la fièvre.

La dextrine, de même, est aussi peu propre, parce qu'elle est expulsée avec l'urine, et cela incombustée. On peut plutôt s'attendre à quelques succès par les solutions de Glycogues.

3. *Le gras* s'approprie admirablement aux injections sous cutanées : 50 100 grammes. Injecté lentement, il produit, et c'est encore douteux, une tension du derme, mais dans tout les cas très faible, ensuite il est très bien résorbé.

III. — *Une combinaison de lavements alimentaires et des infusions de gras sous-cutanées peut introduire dans le corps la quantité de calories nécessaire pour la conservation de son élément de masse.* — Deux lavements à 550 calories = 1.100 calories ; une infusion de gras = à peu près 930 calories ; donc, en tout, pour le moins 2.000 calories.

Dans un cas urgent, la quantité de gras injecté pourrait être augmentée de 100 et plus.

Espérons pour ceux dont la nutrition naturelle est impossible, que par les combinaisons des lavements alimentaires et les injections de gras sous-cutanées, la nutrition complète sera obtenue pour protéger l'organisme de la mort par inanition, c'est-à-dire que le but de la nutrition artificielle ne sera plus considéré comme impossible.

HYGIENE.

Legislation et réglementation du travail au point de vue de l'hygiène.

(Congrès international d'hygiène et de démographie, Paris 1900.)

M. Edouard Vaillant, député, propose les résolutions suivantes :

1. Le Congrès international d'hygiène de Paris renouvelle le vote du Congrès international d'hygiène de 1894, à Budapest, pour la journée industrielle de huit heures.

2. Le travail doit être limité dans son intensité et sa durée. Il doit être rémunéré par un salaire nécessaire et suffisant au bien-être de l'existence.

3. Il doit y avoir, chaque semaine, un repos continu, ininterrompu, de un jour et demi, ou trente-six heures, et un certain nombre de jours consécutifs de vacances par an.

4. Pour huit heures de travail affectif journalier, il faut deux heures et demie d'intervalles de repos, dont une heure et demie pour le repas de midi ; le travail du matin et celui de l'après-midi étant coupés chacun par au moins une demi-heure de repos.

5. Le reste de la journée est occupé par le repos continu, ininterrompu.

6. Le travail de nuit, les travaux de force, les travaux insalubres et dangereux, sont interdits aux enfants adolescents et aux femmes.

7. Le travail de nuit, réduit au minimum possible, n'est toléré, pour les ouvriers adultes, que dans les industries où sa suppression n'est pas encore économiquement possible.

8. Les femmes enceintes doivent cesser tout travail six semaines avant, et les accouchées ne recommencer à travailler que six semaines après l'accouchement, et dans les conditions déterminées par un certificat médical.

9. Les enfants ne peuvent être admis, avant seize ans, aux travaux industriels auxquels ils sont reconnus aptes, sans danger pour leur santé et leur développement. Ils ne sont admis, dans l'industrie, à cet âge, que s'ils sont munis d'un certificat scolaire d'éducation intellectuelle, physique et technique suffisante et d'un certi-

ficat médical d'aptitude physique. Ils restent soumis à un examen médical périodique.

10. La durée du travail journalier des enfants et des adolescents doit être la moitié de celle des ouvriers adultes et réglée d'après le système des deux équipes anglaises.

11. Tous les procédés par lesquels les mesures légales peuvent être éludées, la durée et l'intensité du travail peuvent être indûment augmentées, tels que : marchandage, *sweating system*, heures supplémentaires, etc., doivent être interdits.

12. A cet effet et pour l'observation des lois du travail et de l'hygiène, une inspection exercée par des inspecteurs : médecins, hygiénistes, ingénieurs et délégués des ouvriers, doit étendre sa surveillance à toutes les fabriques, à tous les établissements quelconques de l'industrie et du commerce, y compris les ateliers domestiques et de famille.

13. Une surveillance médicale doit être notamment exercée, sur les travaux et la personne des enfants, des adolescents et des femmes.

14. Il est désirable qu'un enseignement élémentaire de l'hygiène soit donné dès l'école primaire.

15. Il y a lieu d'instituer dans les laboratoires de physiologie des universités, de tous les pays, des recherches sur les conditions physiologiques de création, de dépense, et de régénération de l'énergie des moteurs animés et particulièrement de l'homme.

16. Le Congrès émet le vœu : que, par l'institution d'un bureau international d'hygiène, de travail et de statistique et par des Congrès internationaux périodiques tant généraux que spécialisés à certaines questions de l'hygiène et de l'économie du travail, les gouvernements facilitent la solution de toutes les questions qui s'y rapportent et assurent, par une entente et une législation internationale, la stricte et loyale observation des résolutions arrêtées.

(Gaz. des hôp.)

Deontologie Médicale.

Dans le " *British Medical Journal* " (30 juin 1900) on trouve un article intitulé :

" **Enthousiasme national et alcool.** "

La joie de la nation, à l'occasion des récents succès de nos armes dans l'Afrique du Sud, s'il faut en croire les retours des cours de Police, semble vouloir se manifester par une consommation plus grande de liqueurs enivrantes. Exprimer ainsi son patriotisme, doit faire plaisir au chevalier de l'Echiquier, mais il est permis de douter que ce soit l'unique motif qui ait poussé des milliers d'individus à s'enivrer pour fêter le dégagement de Mafeking et la prise de Prétoria. Si de tels événements

ont suffi pour faire couler d'aussi copieuses libations, que ne doit-on pas présager pour le triomphe final. Le bon sens reconnu du peuple anglais soustraira sans doute, la majorité de la population, à une épidémie universelle d'alcoolisme aigu ; mais un tel résultat est à craindre pour une certaine classe de la société. Déjà on s'est plaint que les marins du " Powerful " ont trop bu, mais on ne peut dire qu'ils en sont plus mal pour tout cela. Il est fort probable que nos autres héros, à leur retour, seront portés à boire, par des sollicitations presque insurmontables. Il peut paraître puritain, de vouloir reprimer une manière aussi naturelle de manifester ses sentiments, et cela surtout, quand il s'agit d'une coutume nationale.

Les patriotes éclairés, les moralistes et les hygiénistes avoueront que l'infraction à cette coutume plutôt que son observance, est en honneur.

De toutes les façons de manifester notre admiration pour le courage et le dévouement de ceux qui ont combattu les combats de leur pays, la pire, assurément, est de les emprisonner et de les abrutir avec de la boisson.

L'enthousiasme populaire se manifeste souvent sous des dehors grotesques. Le lieutenant Hobson, le héros de Santiago, a presque trouvé la mort, sous les baisers des femmes affolées accourues à sa rencontre, de tous les coins des Etats-Unis ; on a même entendu dire que plus d'un soldat blessé a protesté contre la nuée d'anges qui se relevaient d'heure en heure, tout le long du jour pour rafraîchir leur front fiévreux et caresser leur visage amaigri, mais après tout, ceci vaut bien mieux que d'enivrer les héros, et faire germer, peut-être en eux, la semence d'un vice qui en fera des soldats corrompus et des hommes ruinés. Nous osons suggérer que les boissons enivrantes soient bannies de tous les banquets publics offerts en l'honneur de nos soldats et de nos marins revenus de la guerre, suivant en cela l'exemple de son Altesse Royale la princesse de Galles.

Si l'hospitalité privée ne peut pas être soumise aux mêmes règlements, nous espérons du moins, que tous ceux qui ont à cœur le bien être des hommes qui ont la garde de l'Empire, feront tout en leur pouvoir pour empêcher nos vaillants défenseurs d'être les victimes d'une *bienveillance alcoolique*. En agissant ainsi ils travailleront non seulement pour le bonheur de leur pays, mais aussi pour celui des braves qui doivent le défendre à l'heure du danger.

Le Canada aura-t-il pareil état de choses à déplorer quand reviendront ses braves ?

Maladies nerveuses

De la myoclonie épileptique.

par LÉON RABOT (Thèse de Paris.)

Les épileptiques présentent assez fréquemment, dans les périodes interparoxystiques, des troubles mo-

teurs d'intensité variable, des secousses myocloniques. On les observe le matin au réveil, surtout pendant les quelques jours qui précèdent la crise. Elles ne sont accompagnées d'aucun trouble de la conscience, sont parfois étendues à un si grand nombre de muscles qu'elles peuvent faire perdre l'équilibre au malade, ne sont influencées ni par la position du corps, ni par les conditions physiques extérieures, et leur répétition en série, de minute en minute, est la règle. L'attaque a généralement une action suspensive de plusieurs jours.

Ces troubles peuvent précéder de plusieurs années les grandes manifestations épileptiques ; ils peuvent alors être considérés comme un petit mal moteur par opposition au petit mal intellectuel. Ces manifestations relèvent probablement de la cause générale des manifestations convulsives de l'épilepsie : l'auto-intoxication. Leur origine centrale semble devoir être localisée dans les cornes antérieures de la moëlle.

(*Rev. neurol.*)

Traitement du delirium tremens par les injections sous-cutanées de serum artificiel.

par MASBRENIER.

A côté de la thérapeutique toute symptomatique du delirium tremens s'en élève une autre, consistant à traiter le malade comme un intoxiqué et à favoriser l'élimination du toxique tout en augmentant la résistance du sujet. Trousseau, Vulpian, donnaient la digitale, Magnan et Sérieux préconisaient les bains tièdes, Quénu a été conduit depuis plusieurs années, à faire des injections sous-cutanées avec du serum artificiel, qui constitue un tonique puissant et un diurétique d'une efficacité rapide ; il a constaté les bons effets de cette méthode dans un grand nombre de cas. Masbrenier donne deux observations de Quénu et celle d'un malade traité par lui-même. Dans ces trois cas, l'atténuation du délire et de l'agitation a été obtenue avec une rapidité remarquable. La suppression absolue de l'alcool avait d'ailleurs été pratiquée dans les trois cas.

(*Presse méd. — Rev. neurol.*)

Drainage des plaies.

Règle générale, une plaie chirurgicale n'a pas besoin d'être drainée. Cependant il faut drainer, mais pour 24 heures seulement, si l'on craint un suintement considérable provenant de tissus trop meurtris, qui pourrait se loger dans la partie la plus déclive de la plaie ; ou encore, si au cours d'une opération, on a été forcé de laisser béantes certaines parties, faute de ne pouvoir les rapprocher par des sutures profondes. (*International Jour. Surgery*).

INTERETS PROFESSIONNELS

Le tarif médical.

Monsieur le rédacteur,

Depuis 42 ans passés, que je fais partie du corps médical de notre province. Je ne me suis jamais occupé, directement ni indirectement, des affaires du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec ; mais quand le dit collège porte atteinte aux intérêts personnels du médecin de campagne, je donne signe de vie. En 1877, notre paternel collège commit la faute d'adopter un Tarif Médical différentiel, pour l'usage des médecins de ville et des médecins de campagne. Voici ce que je disais dans le *National* du 17 novembre 1877 :

“ Les nuits sont-elles plus longues à la ville qu'à la campagne ?

“ Question toute nouvelle, sans doute ; question qui n'a jamais été faite depuis la création du monde ; question bien capable de faire décerner à son auteur un qualificatif très peu enviable ; question qui ne paraît point permise, mais qu'un événement tout récent m'autorise à faire avec le plus grand sérieux du monde.

“ Les 26 et 27 septembre dernier, 36 gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, réunis en assemblée dans les salles de l'université Laval, ont discuté et adopté un tarif médical, antérieurement élaboré, et maintenant en force, en vertu de l'Acte Médical passé à la dernière session de notre législature locale. Ces messieurs ne sont pas allés de main morte ; la marge des honoraires est large, très large ; surtout pour une certaine classe de médecins. Et c'est précisément ce tarif qui provoque la singulière question ci-dessus.

“ Dorénavant, tout médecin ayant le bonheur de pratiquer son art dans une de nos villes, grandes ou petites, riches ou pauvres, aura droit à un honoraire de \$30.00 pour détention pendant une nuit ; tandis que tout médecin pratiquant à la campagne devra se contenter de \$3.00 pour même détention. Demeurer les yeux ouverts au chevet d'un malade, à Québec ou à Saint-Anicet, est la même peine, la même fatigue pour le médecin appelé dans ces endroits respectivement.

“ Il y a injustice grossière engendrée par un sentiment d'égoïsme repoussant.

“ Il ne faut point abuser de l'Acte Médical ; car ce serait s'exposer au danger de provoquer une réaction funeste et faire désirer l'ancien ordre de choses.

“ Tant qu'on ne prouvera pas que les nuits ne sont pas plus longues à la ville qu'à la campagne, nous soutiendrons que l'honoraire de \$3.00 suffit au médecin de ville pour détention pendant une nuit comme tel.

“ En attendant, nous nous contenterons de dire que

“ le tarif médical nouveau est une monstruosité pouvant servir de mouvement de mépris envers la classe nom-

“ breuse mais dévouée des médecins de la campagne. “ Le mépris est le plus insupportable des impôts ;

“ il faut le secouer.”

27 novembre, 1877.

Le tarif médical fut repoussé, et voilà qu'il ressuscite après 23 ans d'oubli !

La défense est de droit naturel : le nouveau tarif médical est humiliant pour le médecin de campagne ; nous allons le combattre.

D^r LÉONARD A. FORTIER.

Saint-Vincent de Paul.

(à suivre)

FORMULAIRE

Traitement des piqûres d'insectes.

Voici deux formules de Bernbeck qui sont, avec les chaleurs d'été, d'une actualité piquante :

1. Collodion élastique..... 10 grammes.
Acide salicylique..... 1 —

Pour badigeonnages.

2. Collodion élastique..... 10 grammes.
Bichlorure de mercure. 10 centigrammes.

Ces deux mélanges donnent de bons résultats et sont préférables à l'ammoniaque employée jusqu'à présent. Si l'on badigeonne de suite les piqûres, la douleur cesse rapidement, et ce n'est que rarement qu'il y a inflammation.

(Gaz. méd. belge)

Formules de lotions excitantes à employer dans les alopecies.

(Brocq).

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| Résorcine..... | 0,15 à 0,25 cent. |
| Goudron purifié..... | 1 à 3 grammes. |
| Savon noir..... | 0,30 cent. à 1 gr. |
| Soufre précipité..... | 1 à 3 grammes. |
| Lanoline..... | } à à 10 grammes. |
| Vaseline pure..... | |
| Teinture de benjoin..... | Q. S. pour aromatiser. |

A mettre tous les soirs sur les plaques de pelade un peu de cette pommade.

Le matin, faire une friction des plaques malades avec la solution suivante :

- | | |
|---------------------------------|------------|
| Acide acétique cristallisé..... | 5 grammes. |
| Teinture de cantharides..... | 10 — |
| — de romarin..... | } à à 20 — |
| — de jaborandi..... | |
| — de quinine..... | |
| Rhum | 125 — |

(Gaz. des hôp.)

Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

Microbes-Diplocoques ressemblant au gonocoque en tous points dans le vagin normal. — Rosenwasser, de New-York, rapporte, dans un excellent travail, la présence, dans le vagin normal de plusieurs petites filles, de diplocoques, l'exacte contre-partie du Neisser, en tous points. Les précautions prises pour arriver à cette conclusion ont été des plus minutieuses. Ceci nous fait bien voir encore une fois comme il est difficile — impossible — souvent, je devrais dire toujours — d'affirmer d'une façon absolument positive la nature exacte d'une préparation bactériologique venant d'une sécrétion. Il ne peut pas oublier les terribles conséquences, surtout médico-légales, qui peuvent résulter de ce manque de certitude. Malheureusement souvent les expertises de ce genre tombent entre les mains de gens dont l'expérience est des plus limitées et qui forts de leur légère science, ne voient que ce que ces connaissances tronquées leur font voir. Plus l'on vieillit en approfondissant cette science nouvelle, plus on se rend compte qu'elle est encore jeune et que ni nos moyens d'observation, ni nos connaissances — même celles des hommes les plus humbles et les plus savants — n'ont la précision qu'il faut pour affirmer positivement que bien rarement, peut-être même jamais. L'avenir dévoile au jour bien souvent la maigreur de nos soi-disantes perfections. Rien n'est plus difficile que d'affirmer quand il est question de microbes, et la raison en est assez simple : la morphologie complexe du microbe nous échappe presque *in toto* ; et une chose que nous ignorons surtout se sont les séries de *métamorphoses* (car je suis convaincu que ce sont des animaux à *métamorphoses*) par lesquelles certaines microbes passent successivement. Un microbe à une période de sa vie, se présentera chez l'homme dans certaines conditions spéciales qui le font reconnaître ; se sera un bacille, par exemple, avec ses particularités microscopiques et pathologiques, ce sera son état adulte, larvé, de transition, qui le sait ? Ailleurs ce même microorganisme, à d'autres âges, dans l'air, dans l'eau, dans les aliments, chez l'animal, se retrouvera avec une histoire toute différente ; il sera absolument méconnaissable comme étant à une autre phase de la vie et ce ne sera qu'un hasard, un accident, qui pourra quelquefois rétablir le rapport entre ces deux

étapes d'une même existence. N'en sera-t-il pas peut-être ainsi du germe de la tuberculose, du cancer et d'autres maladies parasitaires ? Les larves ou les adultes, enfin des formes différentes de celles que nous connaissons, existent probablement autour de nous. Nous sommes familiers avec elles sous un autre nom, peut-être, mais le lien qui unit les deux phases nous échappe. Nous sommes désarmés et pour le reconnaître et pour nous défendre contre des ravages de ces êtres si petits.

Réfléchissons bien avant d'affirmer et nous seront souvent portés à crier, comme le petit coq au réveil, "peut-être," que de dire *oui* ou *non*.

Les femmes sont bon marché. — Un rustre perd sa femme, qu'il n'avait pas fait traiter, sans trop de peine. Sa vache tombe malade, il se désole, en crache des écus pour la sauver. Comme les railleurs le taquinaient il leur répond :

" Ah ! fit-il, moi je me comprends,

" Et votre étonnement m'étonne ;

" Les vaches coûtent trois cents francs,

" Tandis, jarnidieu ! les femmes on les donne ! "

(A. Saulière.)

La glaire et le prolapsus de l'anus chez les enfants. — Dans la *Semaine médicale*, le Dr Hajech fait introduire dans l'anus un cône de glace de 7 à 8 c. de long et de 2½ à 3 c. de diamètre. Ce suppositoire est enveloppé dans de la gaze iodoformée et introduit après chaque évacuation.

Le golf, une maladie. — " Quelle est la profession de votre fils ? " " Il joue au golf toute la journée. " " Ça ce n'est pas une profession, c'est une maladie et elle est incurable. "

Des fistules à l'anus — Stevenson recommande pour préciser et limiter les trajets fistuleux, d'y pousser une injection d'une forte solution de permanganate de potasse. (S. *Progressive Med. J.*)

Dans sa vocation. — *Premier cowboy.* Que pensez-vous de notre nouveau médecin, le jeune qui nous arrive de l'Est ? Y a-t-il de l'étoffe pour faire un médecin ?

Second cowboy. — Sûr. Il a tué son premier homme (— son malade —) *fret*.

La santonine dans l'épilepsie. — F. Lydston, in *Ther. Gaz.*, donne son expérience : la santonine serait préférable aux bromures, car elle agit où ceux-ci n'ont pas d'effet ; son action est plus efficace et elle ne présente pas de danger dans son emploi. Il débute par une dose de 2 à 5 grains, augmentant graduellement jusqu'à

la dose de 15 à 20 grains trois ou quatre fois par jour. On doit surveiller son action, cependant, en vue d'une idiosyncrasie et n'augmenter les doses que progressivement. Il se produit de l'irritabilité rénale et vésicale, et on peut, peut être, se servir de ce symptôme pour régler l'administration du médicament.

Embarrassant. — Une belle petite cause avec son médecin.

— Où pourriez-vous bien me vacciner, docteur, de façon que ça ne se voie pas ?

—..... Bien difficile à trouver !

(Witkowski.)

Les tumeurs adénoïdes et les maladies du naso-pharynx chez l'enfant. — Il résulte d'un travail sérieux et pratique du docteur Huber, de New-York (*Pediatrics—Jacobi Festschrift*), les conclusions suivantes :

1° L'enlèvement des hypertrophies lymphoïdes du naso, et de l'oro-pharynx, et la guérison du catarrhe naso-pharyngien concomittant, rétablira la perméabilité des voies nasales. Faite à bonne heure, cette opération évitera bien des désordres locaux.

2° La santé générale en bénéficiera.

3° Les facultés mentales, l'intelligence seront raffermies.

4° Les désordres de la parole et de l'ouïe dus à ces maladies disparaîtront.

5° La surdi-mutité sera améliorée.

6° Le goût, l'odorat, reviendront.

7° Les névroses réflexes seront modifiées ou guéries.

8° Les hémorrhagies nasales et celles crues pulmonaires, cesseront.

9° Les difformités thoraciques seront améliorées ou corrigées.

10° Il y aura moins de tendance à la rhinite aiguë, à la pharyngite, à la laryngite, à la bronchite et à la pneumonie.

11° Les dangers des ganglions cervicaux hypertrophiés seront évités.

12° Il y aura moins de prédisposition aux maladies infectieuses.

13° L'infection méningitique d'origine nasale sera prévenue.

14° Les complications auriculaires en général et surtout celles des maladies infectieuses seront évitées ou auront moins de gravité.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Remarques sur 1778 cas de diphtérie.

par le Dr H. RICHARDIÈRE, (méd. de l'hôp. Trousseau.)

I. Richardière a soigné à l'hôpital Trousseau 1778 cas de diphtérie, dont le diagnostic clinique a été vérifié par l'examen bactériologique.

Ces 1778 cas ont donné 280 morts, soit 15,7 pour 100. En retranchant de la statistique les enfants morts moins de 24 heures après l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire en réalité, les enfants non traités, la mortalité se trouve réduite à 205, soit 11,5 pour 100. Grâce à la sérothérapie, le pronostic de la diphtérie, lorsqu'elle ne nécessite pas l'opération sur le larynx, est devenu presque bénin. En effet, sur 1115 cas de diphtérie, sans opération, il y a eu 61 morts, soit une mortalité de 5,5. Par contre, la mortalité des croups opérés reste élevée. Elle est de 27 pour 100.

II. Le traitement des 1778 malades a consisté en injections de sérum de Roux (10^{cc} jusqu'à 1 an ; 15^{cc} de 1 à 2 ans ; 20^{cc} au-dessus de 2 ans). Comme traitement local, on a fait des lavages de la gorge avec des solutions de permanganate de chaux à 1 pour 4000. On s'est abstenu de tout badigeonnage et lavage, et de toute médication interne, dans les cas simples.

III. Il n'y a eu aucun accident grave imputable au sérum antitoxique.

Les accidents imputables au traitement ont surtout consisté dans des éruptions (198 cas). Ces éruptions ont été de 5 types différents (purs ou mélangés) : scarlatiniforme, urticarien, roséolique, purpurique, érythémateux polymorphe.

L'époque d'apparition de ces éruptions, après l'injection du sérum, a varié de 2 à 15 jours. Les éruptions ont été accompagnées d'une élévation de température de 1 degré à 1 degré 1/2, et presque constamment de diarrhée fétide, non persistante.

Comme autres accidents sérieux, on a noté des phénomènes articulaires dans 15 cas (le plus souvent arthralgiques, exceptionnellement inflammatoires).

IV. Les deux principales causes de la mort ont été : la toxicité et la broncho-pneumonie. La toxicité d'emblée (toxicité primitive) semble encore actuellement rebelle à notre action thérapeutique. La toxicité secondaire peut être prévenue par la sérothérapie, faite en temps opportun. Caractérisée par le collapsus cardiaque, elle a été traitée quelquefois d'une manière efficace par le sulfate de spartéine et par les injections de sérum artificiel à doses massives. La broncho-pneumonie est de beaucoup la cause de mort la plus fréquente. Le tubage en est rarement la cause. Elle est due, le plus

souvent, à l'infection diphtérique compliquée d'infection secondaire. Le traitement de la broncho-pneumonie est encore discutable. Dans 3 séries de malades, traités moitié les uns par les bains froids, les autres par les bains chauds, les troisièmes sans balnéation, le pourcentage de mortalité a été à peu près identique.

V. Les complications de la diphtérie assez fréquemment observées, ont encore été les adénites sous-maxillaires suppurées, les otites (62 cas). On a encore observé : l'abcès du médiastin, l'œdème de la glotte, la gangrène du larynx, l'endocardite, la méningite cérébro-spinale suppurée, la pleurésie, l'ictère, l'éclampsie, la néphrite. Il y a eu 51 cas de paralysie, le plus souvent localisée au voile du palais, rarement généralisée. Dans 2 cas, la paralysie, à forme hémiplegique, était due à une lésion du cerveau.

La diphtérie, survenant chez des enfants déjà malades d'une autre infection, a été particulièrement grave. C'est ainsi que sur 25 tuberculeux, 21 sont morts.

VI. Au point de vue de l'examen bactériologique, ces 1778 cas de diphtérie ont donné dans 1/4 des cas de bacilles longs, dont les 3/4 des bacilles dits moyens et courts. On a constaté dans les milieux de culture la présence, on peut dire constante, des streptocoques. La présence simultanée des bacilles de Loeffler et des streptocoques n'a donc aucune signification pronostique.

(Gaz. méd. belge.)

Sur la cardioptose

par le prof. RUMMO (Palerme).

Il existe un déplacement, une vraie ptose de cœur, de même qu'elle a été bien décrite pour tous les viscères de l'abdomen. Cette nouvelle entité anatomo-pathologique et clinique que j'ai étudiée, est la vraie ptose essentielle, protopathique du cœur ; car il n'intervient pour sa production aucun changement dans la pression thoracique ou abdominale, ni aucune augmentation remarquable du volume du viscère. Elle peut être définie : *une modification de la statique cardiaque, caractérisée par la chute du cœur, due à une altération protopathique de ses moyens de contention.*

Il n'y a pas de notable rapport entre la splancnoptose et la cardioptose ; car l'une peut bien se trouver sans l'autre.

La cardioptose est plus fréquente chez l'homme, et elle n'a pas de rapports avec l'athérome ; elle se manifeste pendant la jeunesse, qui, dans le premier âge a souffert de désordres fonctionnels, décrits sous le nom de surexcitation cardiaque, de cœur irritable, de hypertrophie cardiaque de croissance.

Les prédisposés à la ptose du cœur ont souvent le squelette faible, le thorax long aux muscles flasques et ils ont peu de graisse ; ils sont portés à l'hémoptysie, à

la dilatation variqueuse du système veineux périphérique.

Lorsque l'équilibre dans la statique cardiaque commence à faire défaut, le cœur peut s'arrêter à son premier degré de ptose (*ptose partielle*) ou à son dernier degré (*ptose totale*) où le cœur semble couché sur le diaphragme. D'abord, sans refouler en bas le diaphragme, il glisse vers le côté gauche ; puis il survient un déplacement latéral et vertical ; ce qui est bien valable avec ma méthode anatomo-clinique de percussion du cœur.

Cependant l'aorte thoracique, et la crosse de l'aorte se dilatent ; les foyers d'auscultation descendent jusqu'au III.^{me} ou IV.^{me} espace intercostal ; le pouls diaphragmatique gauche est visible et palpable, l'espace sémilunaire de Traube se réduit, souvent l'aile gauche du foie descend un peu. Le volume du cœur peut augmenter, mais toujours à un degré bien faible par l'effet de la ptose. Il y a depuis asthénie cardiaque, angoisse respiratoire, dyspnée d'effort, précordialgie, sens de constriction thoracique, pseudo angine, palpitation, tachycardie ou bradycardie, sans dire de nombreux et inconstants phénomènes neurasthéniques.

Très souvent à la ptose cardiaque s'adjoint un abaissement de bords pulmonaires, comme dans l'enphysème. Il y a quelquefois comme une complication le rétrécissement mitral pur.

Le facteur principal et fondamental de la cardioptose, et c'est là la nouvelle donnée de mes études, est une disposition anormale, innée, une organisation défectueuse des moyens de soutien et de contention du cœur. Dans cette forme clinique, c'est le tissu élastique surtout qui est défaillant, d'où l'appellatif d'*ugropathie* que j'ai donné à cette systétopathie. Il s'agit d'une manifestation peut-être, hérédofamiliale, innée, qui atteint le tissu élastique des vaisseaux, surtout dans le gros faisceau vasculaire.

CHIRURGIE

L'anesthésie lombaire.

Déjà cette méthode nouvelle de produire l'anesthésie, en injectant de la cocaïne dans le canal rachidien, se répand beaucoup et rend de réels services, en chirurgie, en obstétrique et en gynécologie. Ces injections semblent d'une innocuité parfaite. Nous nous contenterons aujourd'hui de résumer l'excellent article de Tuffier, paru dans le n° 4 de la *Revue de gynécologie*, juillet-août 1900. Déjà dans la *Semaine médicale* du 16 mai 1900, ce chirurgien avait donné au long sa technique.

Nous décrirons cette technique afin que nos confrères soient à même, dès à présent, de l'employer. Nous donnerons deux figures imitées de celles de l'article de Tuffier.

Technique. — L'injection est pratiquée avec une aiguille en platine, longue de 8 centimètres, adaptée à une seringue de 2 centimètres, le tout facilement stérilisable. La solution de cocaïne est à 2 pour 100, soigneusement stérilisée par le chauffage au bain-marie, répété plusieurs fois à 80°. Cette température ne doit pas être dépassée, sous peine d'altérer la cocaïne et de voir échouer la méthode. La région lombaire est aseptisée tout comme s'il s'agissait d'une opération. Le malade étant assis, les bras portés en avant, le tronc dans la rectitude ; un aide repère du doigt la crête iliaque. Le chirurgien marque de l'index l'apophyse épineuse qui correspond à une ligne horizontale menée par les deux crêtes iliaques (fig. 1). L'injection se pratiquant entre la 5^e et 5^e vertèbre, l'index se pose sur l'apophyse de la 4^e (fig. 2). A ce moment on recommande au malade de se courber en avant, et de faire " gros dos ", manœuvre qui fait bâiller d'un centimètre et demi environ l'espace interlamellaire.

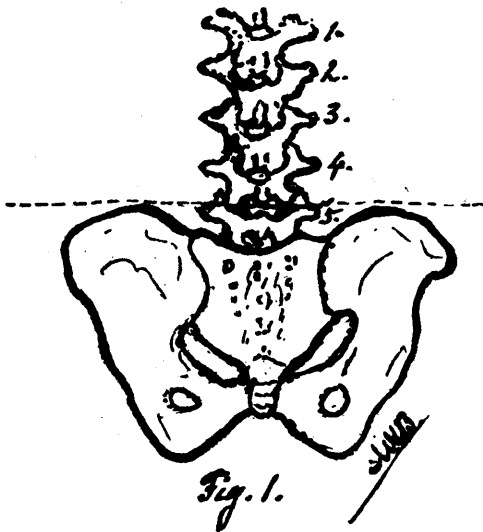


Fig. 1.

Le chirurgien pique alors directement d'arrière en avant, tout contre le bord de son index, à un demi-centimètre de la ligne épineuse. Il traverse les muscles et sent brusquement les tissus manquer sous l'aiguille. Si l'aiguille a pénétré dans la cavité sous-arachnoïdienne, on voit sourdre quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien pur. Alors seulement la seringue est adaptée à l'aiguille et l'injection est poussée très lentement. On injecte à peu près 1½ cc. (1/4 à 1/3 gr.).

L'anesthésie durant en moyenne une heure et demie cette dose paraît suffisante. Dans 10 minutes, l'analgésie est assez avancée pour permettre une laparotomie. Cette analgésie débute par les pieds, envahissant successivement, les jambes, les cuisses, le périnée et l'abdomen.

Les accidents sont tous bénins et peu durables. Ceux que l'on observe sont la *céphalalgie*, qui ne se prolonge pas au-delà du jour qui suit l'opération ; les *vomissements* au début et ceux survenant plus tard, généralement dans l'après-midi qui suit l'opération ; *quelquefois légère accé-*

litation du pouls, sentiment de suffocation, pesanteur épigastrique, bouffies de chaleur, relâchement du sphincter anal, dilatation des pupilles, élévation de température le soir de l'opération, même jusqu'à 40° (104°), mais qui ne dure que quelques heures (excitation vaso-motrice). Voilà pour la technique simple et claire que donne Tuffier.

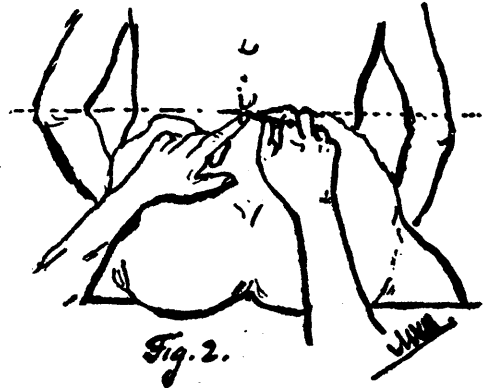


Fig. 2.

Nous extrayons de la thèse de Cadal les remarques suivantes :

L'injection procure l'anesthésie complète superficielle et profonde de la moitié inférieure du corps, depuis la plante des pieds jusqu'au plan horizontal antéro-postérieur qui passe par l'ombilic. L'anesthésie atteint 50 minutes pour les doses ne dépassant pas 15 milligrammes (1/4 gr.) et qui se prolonge jusqu'à 1.40 hrs. avec les doses comprises entre 15 milligrammes (1/4 gr.) et 5½ centigrammes (1 gr.).

Le malade pourra être couché sur le côté, pelotonné sur lui-même, en " chien de fusil ", un coussin, comme pour les opérations sur le rein, sous le flanc.

Au préalable on peut pratiquer l'anesthésie de la peau. On peut marquer avec de la teinture d'iode le point à piquer, puis anesthésier avec du chlorure d'éthyle. On évite ainsi au malade, la douleur et un mouvement de recul ou de ressaut réflexe.

Il faut que l'injection soit faite très lentement.

Dans un prochain article nous traiterons de certaines applications de cette méthode, destinée à devenir des plus précieuses dans une foule de circonstances, vu qu'elle est exempte de tout danger et qu'elle semble bien préférable à l'anesthésie générale.

BRENNAN.

Bouchons. — On peut substituer aux bouchons en verre des bouchons en liège, préalablement trempés dans de la vaseline. Les acides n'ont alors aucun effet sur eux et les vapeurs chimiques ne les corrodent pas. (*Practical Review*).

Traitement du cancer au sein par la quinine.

M. Jaboulay (Soc. de chirur. de Lyon) présente une femme de 28 ans qui a vu survenir une tumeur de la partie supérieure du sein gauche, il y a près de 3 ans. Cette tumeur a augmenté régulièrement, sans arrêt et peu à peu. Elle est venue se montrer au commencement de juin dernier, parce que sa tumeur était prête à éclater rouge lie de vin, chaude, tendue, vascularisée avec un petit bouton ou une excoriation de la partie médiane. Il craignait d'être obligé d'opérer d'urgence, à cause de la possibilité d'une hémorrhagie à ce niveau. De plus, il existait des ganglions axillaires et des ganglions sus-claviculaires du même côté. Cette couche là fut soumise aux injections de bichlorhydrate de quinine le 7 juin, il n'y a donc pas encore un mois, à la dose de 2 grammes. Le lendemain la peau était moins tendue sur le versant interne de la tumeur, pendant 10 jours les piqûres furent continuées à la dose quotidienne de 1 gramme ou 1 gr. 50 ; on vit peu à peu la peau se rider en dehors sur le versant externe, puis sur le centre qui fut le dernier à régresser. Les piqûres ne furent plus qu'irrégulières à partir de ce jour, elles alternèrent avec l'ingestion de quinine par la voie buccale.

Aujourd'hui, vingt-huit jours après le début du traitement, la tumeur a diminué de plus du tiers, soit dans sa partie tendue et rouge, soit dans sa partie incluse dans la glande mammaire, formant le socle de la portion visible. Celle-ci, de lie de vin qu'elle était, est devenue bleu pâle ; l'ancienne peau si distendue, s'est flétrie et ridée ; elle donne au néoplasme l'aspect d'une vieille pomme ou d'une tomate desséchée, pendant que, ça et là, la peau s'est déjà reconstituée d'apparence normale.

Les ganglions axillaires ne sont pas plus gros à gauche qu'à droite et les nombreux ganglions sus-claviculaires ont diminué soit de nombre, soit de volume.

Cette malade est un exemple, entre plusieurs autres de l'efficacité de la quinine dans le cancer : elle a été choisie pour être présentée parce qu'il n'est pas besoin de l'avoir examinée avant l'institution du traitement pour être sûr qu'elle était plus volumineuse qu'elle ne l'est aujourd'hui ; la peau, ridée par devant elle, en est le témoin irrécusable qui fait tomber l'incrédulité et dissipe le doute. En réalité, la tumeur a rétrogradé de près de la moitié de son volume.

A noter encore qu'une tumeur de la face antérieure du poignet a disparu entièrement pendant le cours de ces injections sans laisser de traces.

(*Indep. méd.*)

Des interventions exploratrices précoces dans les affections obscures de l'estomac.

par M. MAYLARD (de Glasgow)

(Congrès international de Paris.)

Les interventions exploratrices précoces présentent dans les affections obscures de l'estomac un double avan-

tage. L'organe mis à découvert, la palpation et l'inspection permettent de dire si l'on se trouve en face d'une affection bénigne ou non. Dans le premier cas, on peut rassurer le malade et le soumettre à un traitement approprié. Dans le second cas, on peut séance tenante extirper la tumeur maligne, et opérer par conséquent de bonne heure.

Pour que l'opération exploratrice reste bénigne, il faut se conformer aux règles suivantes :

Préparer le malade par deux lavages de l'estomac faites dans les 48 heures qui précèdent l'opération ; évacuer l'intestin ; donner un lavement alimentaire et faire une injection sous-cutanée de strychnine immédiatement avant l'opération ;

Faire la laparotomie, le plus souvent médiane, examiner la mobilité de l'estomac et l'existence des adhérences, palper les parois ;

Pour l'inspection de la surface interne, inciser la paroi antérieure et évacuer le contenu de l'estomac au moyen de plusieurs lavages ; examiner ensuite la face interne de l'estomac ou à travers l'incision faite à la paroi, en se servant d'un speculum ou d'une petite lampe, et en complétant cet examen par l'exploration digitale. L'examen terminé il ne reste plus qu'à fermer la plaie.

Ce procédé a rendu des services très appréciables dans de nombreux cas dans lesquels M. Maylard l'a employé.

(*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*)

THERAPEUTIQUE

Du salicylate de méthyle administré à l'intérieur, en doses massives, contre les rhumatismes articulaires.

par le Dr COSMA (Roumanie).

(Congrès international de Paris.)

J'ai employé le salicylate de méthyle à l'intérieur, en doses de 1 à 10 grammes par jour, et j'ai constaté que ce médicament, agit d'une manière sûre et énergique, contre les formes aiguës et subaiguës du rhumatisme.

Les injections hypodermiques nous ont porté à constater un fait très important : à savoir que si les animaux supportent impunément de grandes quantités de salicylate de méthyle en injections, l'homme n'en peut supporter, même de petites ; et que, si une injection avec 1 gr. et plus par kilo, est bien tolérée par les animaux, pour l'homme il suffit d'une injection de 10 centigr. par kilo, pour provoquer des convulsions épileptiformes.

Les injections hypodermiques sont aussi très douloureuses. C'est pourquoi nous avons renoncé à les faire.

À l'intérieur, nous avons commencé par donner 1 à 2 gr. de salicylate de méthyle par jour, et nous avons

augmenté les doses jusqu'à 8 et même 10 gr.

Voici la formule que nous employons le plus souvent :

Salicylate de méthyle.....	8 gr.
Potion gommeuse.....	150 gr.
Rhum et Sirop âs.....	25 gr.

à prendre dans les vingt-quatre heures.

L'effet du salicylate de méthyle, administré de la sorte, nous a semblé égal à celui du salicylate de soude.

Nous n'avons donc pas l'intention, de détruire la réputation du salicylate de soude, dont les propriétés anti-rhumatismales sont bien établies ; seulement, nous voulons attirer l'attention de nos confrères sur un médicament, qui peut remplacer avantageusement le salicylate de soude, dans les cas où ce dernier n'est pas toléré par les malades, ou quand il n'agit pas assez bien, ou encore, quand on veut varier la médication.

Dans tous les cas, le salicylate de méthyle peut être considéré comme un bon succédané du salicylate de soude.

Nous avons traité jusqu'à présent 39 malades avec du salicylate de méthyle à l'intérieur, et tous sont guéris de rhumatismes. Dans quelques cas seulement, le salicylate de méthyle à dose de 1 gr. par jour, d'après la méthode de M. Gilbert Lasserre, n'a pas été assez efficace, à cause de sa petite quantité ; et nous avons dû recourir au salicylate de soude.

Nous avons donné le salicylate de méthyle aussi, à des malades affectés par d'autres maladies, telles que : névralgies, ovaro-salpingites, rhumatismes chroniques, etc., pour étudier son action, contre l'élément "douleur" ; et nous avons trouvé qu'il agit tout aussi bien que le salicylate de soude.

Pour la quantité de médicament à donner, nous avons toujours en vue : la constitution, l'âge, le sexe, etc., des sujets.

Dans les rhumatismes articulaires aigu et subaigu, fébrile ou apyretique, le salicylate de méthyle nous a toujours donné, de très bons résultats.

Par ce traitement, les douleurs commencent à se calmer dans les premières 24 heures, et la tension articulaire diminue ; le lendemain on constate toujours une amélioration manifeste.

La guérison survient, dans la majorité des cas, entre 7 et 10 jours.

Dans le rhumatisme articulaire fébrile, le salicylate de méthyle fait baisser la température.

Dans les cas apyretiques, la température, le pouls et la respiration, ne sont que très peu influencés par ce médicament.

Il y a des malades qui supportent très bien le salicylate de méthyle ; il y en a aussi qui ne le supportent pas ; et il y en a d'autres qui, après l'avoir pris quelque temps, ne peuvent plus le tolérer.

Les symptômes d'intolérance présentés par nos ma-

lades, ont été : bourdonnements des oreilles, obtusion de l'ouïe, mal de tête, vertige, agitation, sécheresse de la gorge, nausées, vomissements, transpiration, sensation de brûlure à l'estomac, etc.

Il est hors de doute que tous ces symptômes, n'ont pas été observés chez le même sujet.

Les malades qui supportent mal le salicylate de méthyle ne doivent pas le prendre continuellement. C'est pour cela que nous leur faisons faire de pauses.

L'absorption du salicylate de méthyle se fait assez vite, puisque dans la plupart des cas, on trouve l'acide salicylique, dans les urines des malades, après les 15 à 25 minutes qui suivent l'ingestion.

L'élimination se fait plutôt par les urines, où se peut déceler, par le perchlorure de fer, la présence de l'acide salicylique.

Nous avons trouvé cet acide aussi, dans la sérosité des vésicatoires ; dans le liquide des pleurésies, des ascites ; dans la salive et dans la sérosité d'une articulation (Hydrartrose).

Le salicylate de méthyle agit par l'acide salicylique qu'il contient, tout comme le salicylate de soude ; par conséquent, on peut remplacer, au besoin, ces médicaments, l'un par l'autre, -

PEDIATRIE

Prolapsus du rectum chez l'enfant.

Cumston nous dit, dans les " Annals of Surgery ", que dans tous les cas de vrai prolapsus du rectum nous trouvons une tumeur sortant du rectum.

A la base de la tumeur nous trouvons un cul-de-sac entre la muqueuse de l'intestin qui fait prolapsus et la peau de l'orifice anal.

Dans presque tous les cas la lumière de l'intestin peut être vue au centre de la tumeur.

Dans certains cas le péritoine peut faire partie du prolapsus ; mais, heureusement, ceci n'arrive que très rarement.

Une des causes les plus importantes du prolapsus est l'infection, qu'elle soit produite par la rétention des fécès ou par la diarrée. Ceci s'applique, il va sans dire, aux jeunes enfants.

Chez les enfants plus âgés et chez l'adulte le prolapsus est souvent dû à la présence d'un polype, d'un ulcère, d'hémorroïdes, ou d'autres lésions du rectum.

L'emploi judicieux d'un bouchon rectal en caoutchouc pour tenir le prolapsus réduit, la propreté, et un traitement tonique à la strychnine donneront probablement les meilleurs résultats.

Les polypes, les hémorroïdes, ou les autres lésions locales réclament les soins du chirurgien. Les prolapsus

irréductibles devront être réséqués.

Il donne le procédé opératoire de Mikulicz.

(*Amer. J. of Obstet.*) RHÉAUME.

L'uricémie chez les enfants.

par le Dr J. COMBY.

On peut considérer l'uricémie infantile comme l'arthritisme en germe, l'arthritisme embryonnaire. Ce trouble général de la nutrition, qui plus tard se traduit par la goutte, le diabète, l'obésité, l'asthme, la migraine, etc., s'annonce dans l'enfance par des troubles digestifs, des manifestations nerveuses, des éruptions cutanées, des symptômes urinaires, dont la filiation avec la diathèse neuro-arthritique n'échappe pas à un œil exercé.

Pour expliquer ces accidents, on a invoqué la présence de l'acide urique en excès, ainsi que les corps alloxuriques (xanthine, para et hétéro xanthine) qui en sont très voisins. Et, en effet, l'analyse des urines est parfois révélatrice. Outre l'acidité exagérée, la densité élevée, la chimie dénote presque toujours l'azoturie, l'excès d'acide urique, la phosphaturie, et quelquefois la présence d'une petite quantité de sucre ou d'albumurie.

Les accidents uricémiques de la première et de la seconde enfance présentent nettement le caractère paroxystique. Ce sont des crises qui reviennent à des intervalles variables quelquefois assez longs (plusieurs semaines ou plusieurs mois), qui durent peu et qui sont suivies d'un retour complet et rapide à la santé parfaite.

Tantôt on note une *céphalalgie* que rien n'explique, céphalalgie très douloureuse, provoquée par le travail intellectuel, ou survenant sans provocation aucune pouvant s'accompagner d'inaptitude intellectuelle, de neurasthénie, etc.

Tantôt ce sont des *vomissements* périodiques durant 2, 3, 4 jours, avec intolérance absolue pour toute sorte d'aliments liquides ou solides, avec fièvre, abattement, amaigrissement rapide. Ces vomissements peuvent s'accompagner de céphalalgie. Après leur cessation, la santé se rétablit rapidement.

Tantôt ce sont des douleurs articulaires ou osseuses (*arthralgie, ostéalgies*) qu'on attribue à la croissance et qui relèvent de l'uricémie.

Tantôt ce sont des manifestations nerveuses très diverses, *excitation cérébrale, terreurs nocturnes, convulsions simples ou épileptiformes, spasme de la glotte*, etc. Tantôt ce sont des manifestations cutanées (*eczémas récidivants, éruptions lichénoïdes*, etc.):

Tantôt, on observe des crises asthmatiformes (*rhinites spasmodiques, fièvres des foies, dyspnée paroxystique*.)

Toutes ces manifestations, si diverses, si étrangères l'une à l'autre qu'elles semblent être, ont un lien patho-

génique qui les unit et en fait des membres de la même famille. Ce lien, c'est l'arthritisme, c'est l'uricémie. Les causes de ce trouble général de la nutrition sont héréditaires ou acquises; c'est dans la descendance des goutteux, obèses, diabétiques, granuleux, qu'on le rencontre. Mais la tare héréditaire peut s'enrichir d'acquisitions personnelles (mauvaise hygiène, abus de viandes, etc.).

Le diagnostic se fait moins d'après les symptômes pris en eux-mêmes et qui n'ont rien de caractéristique, que d'après leur situation dans le temps et dans l'espace (âge des sujets, périodicité ou paroxysmes, diathèse familiale). On tiendra compte aussi de l'analyse des urines.

Le pronostic n'est pas immédiatement grave, il peut être atténué par une bonne hygiène et un bon traitement préventif.

L'alimentation sera sévère, en partie végétarienne grande: pas de viandes noires (gibier) ou rouges (viandes blanches et jeunes), beaucoup de farineux, légumes, fruits cuits; pas d'alcool, des boissons aqueuses.

Assurer le fonctionnement régulier de l'intestin (laxatifs), de la peau (bains, douches, frictions, drap mouillé), du poumon (grand air, exercices physiques), ménager le cerveau (pas de surmenage), doivent être au premier rang des mesures hygiéniques conseillées.

En présence des crises paroxystiques, on insistera sur l'hygiène précédente et on prescrira des alcalins (bicarbonate de soude ou de potasse, benzoate ou carbonate de lithine).

Dans leur intervalle, on conseillera les cures thermales qui agissent sur la peau, les reins, le sang, l'estomac et l'intestin, le système nerveux, pour assurer leur fonctionnement (eaux chlorurées sodiques chaudes et froides, eaux bicarbonatées sodiques et calciques, eaux sulfatées calciques, eaux arsénicales, etc.).

On s'inspirera, pour le choix de ces diverses cures, de la prédominance de tel ou tel symptôme, mais on comptera avant tout sur l'hygiène qui, à la longue, permettra de redresser ou d'atténuer les tares héréditaires ou acquise de l'enfance.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

Maladies nerveuses

Sur le phénomène des orteils.

par V. GIUDICEANDREA.

Conclusions d'après un grand nombre d'observations: 1. Le phénomène de Babinski est certainement un fait pathologique; 2. On le rencontre souvent dans les cas où il faut admettre une lésion du faisceau pyramidal; quelquefois il est en relation avec un trouble fonctionnel transitoire du faisceau; 3. On peut rencon-

trer le phénomène dans des cas où l'on ne peut soupçonner une lésion des voies pyramidales (hystérie) : dans quelques cas, lorsque la lésion certainement existe, on peut avoir le mouvement normal de flexion ; 4. Le phénomène de Babinski peut n'avoir aucun rapport avec l'exagération des réflexés tendineux ; il n'en a aucun avec le clonus du pied. En somme, on ne peut affirmer que le phénomène soit partie intégrante du syndrome clinique des lésions du système pyramidal.

Mingazzini admet les conclusions de Giudiceandrea et considère le phénomène des orteils, plutôt comme faisant partie d'un ensemble de mouvements automatiques que comme un véritable réflexe.

(*Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma — Rev. neu.*)

Contributions à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés, au point de vue médico-légal.

par G. CARRIER.

Les obsessions et les impulsions à l'homicide et au suicide sont un syndrome épisodique de la dégénérescence mentale. L'irresponsabilité de ces malades étant absolue, le diagnostic est la chose primordiale au point de vue médico-légal. Le diagnostic devant se baser sur l'étude bio-pathologique du malade, il est nécessaire que ce dernier soit examiné par des experts ayant en psychiatrie des connaissances approfondies. La société pour se défendre contre ces malades par l'internement (quartiers spéciaux, asiles-prisons), mais son devoir est surtout de lutter contre les causes de la dégénérescence et d'apporter tous ses soins à l'éducation des enfants dégénérés arriérés.

(*Rev. neurol.*)

Rapport entre la tuberculose et les névropathies.

par GIOVANNI ROSSI.

Il existe un rapport marqué entre les maladies nerveuses et la tuberculose ; ces affections s'influencent l'une à l'autre, se succèdent l'une à l'autre, atténuent dans les familles qui dégèrent. D'après un milieu d'observations de phtisiques et de nerveux, compulsées par Nossi, les phtisiques ont des antécédents héréditaires de névropathie dans 28 p. 100 des cas et les névropathies des antécédents familiaux de tuberculose dans 22 p. 100. L'explication du rapport entre la névropathie et la tuberculose peut être cherchée dans les troubles vaso-moteurs et les troubles de la nutrition que les perversions du système nerveux produisent dans les organes, préparant ainsi lentement l'organisme à l'infection tuberculeuse.

(*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche — Rev. Neu.*)

Maladies mentales

Sur un syndrome mentale.

par M. FAURE.

Dans un fort important et intéressant travail M. Maurice Faure étudie un syndrome mental ainsi formé : un état général de somnolence, de torpeur, d'affaiblissement mental généralisé, de stupidité, que dominaient parfois quelques hallucinations visuelles, des rêveries, des cauchemars, des rêves.

Ce syndrome est voisin de beaucoup d'accidents mentaux décrits au cours ou à la suite des maladies infectieuses et des intoxications.

Chez ces malades existaient d'ailleurs l'alcoolisme, la tuberculose, etc. Une étude raisonnée l'a conduit à admettre que, dans la plupart de ces cas, il fallait attribuer à l'altération des fonctions du foie et du rein la genèse du trouble mental. Ce trouble lui a paru lié à l'action, sur les cellules corticales, de poisons retenus dans le milieu intérieur, et déterminant, dans les fonctions cellulaires, la même perturbation que les narcotiques.

Ces influences toxiques peuvent ne se traduire par aucune modification de forme des éléments nerveux. Mais, quand elles sont assez intenses et prolongées, elles amènent, dans les cellules cérébrales et spinales, des modifications importantes et caractéristiques et, dans les nerfs, des modifications connues (polynévrites).

(*Gaz. heb. méd. et chir.*)

Manière de conserver de la glace dans une chambre de malade. — On peut conserver une soucoupe de glace râpée, pendant 24 heures dans une chambre de malade, même par une température de 90° F., si l'on prend les précautions suivantes : Placez la soucoupe dans une assiette creuse et recouvrez-la d'une autre de même dimension. Déposez les assiettes, ainsi disposées, entre deux gros oreillers et pressez les fortement ensemble de manière à y enfouir complètement les assiettes. (*Med. Summary.*)

Ulcères de la courbure sigmoïde. — Dilatation forcée des sphincters, sous chloroforme, curetage des ulcères, attouchement des surfaces dénudées avec une solution de nitrate d'argent, 30 grains à l'once ; tel est le traitement opératoire pour les ulcères de la courbure sigmoïde rapporté dans le "*New-York Med. Jour.*" — Le traitement post-opératoire consiste à garder le malade au lit pendant deux semaines, à lui faire administrer des lavements antiseptiques et stimulants tous les jours, et à lui prescrire une diète légère. Laxatifs légers au besoin.

Travaux Originaux

Cocq-à-l'âne médicaux.

Hourrah ! — Dans une pharmacie anglaise entre un jeune homme blond affligé d'un horrible bégaiement.

— Je voudrais, dit-il, des pas... pas... pas... tilles de... ip... ip... ip...

— Hourrah ! s'écrie le pharmacien impatienté.

(*Witkowski.*)

La mydriase des tuberculeux. — Harrington, de Lowell, Mass., prétend voir dans la dilatation pupillaire très marquée des yeux un signe avant-coureur de tuberculose. (*Med. Mirr.*)

L'incontinence d'urine. — De 20 à 50 gouttes de teinture de lycopode seraient plus efficace que la belladone. (*Buff. Med. J.*)

C'était égal. — On raconte de sir William Mac Cormac, le président du Royal College of Surgeons, la distraction suivante : Souvent lorsqu'il travaillait dans son laboratoire, il s'y faisait servir une collation. Un jour, son assistant l'entend soupirer et le vit regardant fixement deux bocaux en verre qu'il y avait sur la table. "Qu'y a-t-il ?" demanda l'assistant. — "Rien de particulier," répondit sir William, seulement je suis dans l'incertitude de savoir si c'est bien mon thé de bœuf que j'ai bu ou bien si c'est ce composé que j'étudiais !"

(*Can. J. Med. Surg.*)

Mouvements passifs pour les articulations raides. — Règle de Paget : Si en aucun temps de la journée la jointure malade est plus froide que son congénère sain, on fera des mouvements passifs et le plus tôt possible. (*Diet. and Hyg. Gaz.*)

L'herbe à la puce. — Les lésions cutanées produites par le *rhus toxicodendron*, (poison oak, p. ivy, sumac à la gale), et que nous appelons l'herbe à la puce, sont parfois difficiles à traiter. La belladone semblait être le spécifique, mais le docteur McBride (*Phil. Med. Times*) conseille une solution saturée d'acide oxalique qu'il applique, au moyen d'un pinceau, portant une attention spéciale à ne pas irriter les yeux. (*D. and Hyg. Gaz.*)

Fistule à l'anus. — Dans le *Medical Record*, Gant résume ainsi la relation entre la fistule et la phtisie : La fistule tuberculeuse est habituellement secondaire à une

maladie pulmonaire tuberculeuse. — La phtisie pulmonaire succède rarement, peut-être jamais, à une fistule, avant ou après l'opération, secondairement. — La tuberculose anale exige une intervention radicale. — Lorsque l'état du patient le permet, on doit opérer toutes les fistules sans égard à leur nature. — On ne doit pas refuser d'opérer les sujets atteints d'une phtisie légère, ni ceux dont l'histoire de famille comporte de la tuberculose. — L'auteur préfère une anesthésie locale, car il semble croire que l'anesthésique, surtout l'éther, entre en cause pour faire dépérir et mourir certains sujets opérés pour une fistule tuberculeuse ou pour une fistule non-tuberculeuse, mais compliquée de phtisie pulmonaire. — La guérison de la fistule ne fait pas développer la phtisie.

Tuberculose et alimentation sucrée. — Une communication de M. Guinard, à la Société de médecine de Lyon, rappelle que le sucre active et aggrave la tuberculose, ainsi que la plupart des états infectieux. On se souvient de la fréquence et de la gravité des suppurations, de la gangrène, de la pneumonie, de la phtisie chez les diabétiques. Il semble donc tout indiqué de soustraire le tuberculeux à une suralimentation sucrée.

Une perle ; jugez en. Extrait d'un journal quotidien :—

M. 2 février.

A. M. Pharmacien, Montréal,

Monsieur, — Pour m'éviter de prescrire contre les maladies infantiles, voulez vous m'envoyer une douzaine de votre SIROP.....

J'en ai fait l'expérience et j'en suis pleinement satisfait ; je ne puis trop le recommander.

Votre, etc., M. D.

Beaucoup d'expérience ! beaucoup de satisfaction ! et surtout beaucoup de danger évité..... pour les enfants !

Abcès de fixation et de neutralisation. — Le professeur A. Fochier, dans une étude fort intéressante (*Lyon Médical.*) dit en parlant des abcès sous-cutanés, provoqués dans le but de mettre l'organisme en défense contre une menace grave causée par une infection.

Ces irritations sous-cutanées, faibles ou violentes, sont peut-être un procédé de défense à employer intentionnellement dans des maladies chroniques relevant d'une infection ou simplement d'une intoxication. Mais je ne veux pas prévoir l'avenir, d'autant plus que je crois devoir, en terminant, formuler aussi brièvement que

possible quelques préceptes relatifs à la pratique des abcès de fixation et de neutralisation.

I. — Dans les maladies infectieuses, avec ou sans localisation, mais capables de se généraliser et de devenir pyogènes, pour peu que le pronostic soit douteux, il faut provoquer un abcès artificiel par l'injection sous-cutanée d'un liquide irritant.

II. — Le liquide le mieux approprié paraît être l'essence de térébenthine, de préférence épaissie par son vieillissement et son oxygénation, ou par l'adjonction de térébenthine de Venise (1 sur 5).

III. — L'injection de 1 centimètre cube par piqûre est toujours suffisante. On peut avoir, avec 1 centimètre cube, des abcès de la contenance d'un demi-litre.

IV. — Lorsque l'infection est menaçante à bref délai ou reconnue comme très grave par suite d'une épidémie (dans la peste, par exemple), on peut faire plusieurs piqûres à la fois. Deux piqûres pour commencer me paraîtraient suffisantes.

V. — Dans tous les cas, si la réaction locale ne se produit pas ou est peu marquée au bout de 12 heures, il faut faire une nouvelle piqûre, et répéter les piqûres toutes les 12 ou 24 heures suivant l'urgence, jusqu'à ce qu'on ait obtenu de l'inflammation bien nette.

VI. — Le lieu d'élection de ces piqûres me paraît être le flanc. C'est au flanc gauche à égale distance de l'épine iliaque et des fausses côtes que l'abcès sera le moins gênant, le moins douloureux et risquera moins de provoquer du sphacèle des aponévroses sous-jacentes. Les piqûres subséquentes seront faites dans le voisinage des flancs sous la peau de la paroi abdominale. Pour peu que le liquide s'infiltré dans le derme, celui-ci se sphacèle sans autre inconvénient qu'une ouverture prématurée et une cicatrice.

VII. — Les abcès ne doivent être ouverts que si l'état morbide paraît jugé, ou si, un nouvel abcès ayant été provoqué, la fièvre persiste. Dans ce cas il ne faut ouvrir que les abcès précédant le dernier établi. Lorsqu'un abcès menace de s'ouvrir spontanément, il faut en provoquer un autre avant cette ouverture, si la maladie persiste.

VIII. — Les abcès ouverts doivent être pansés avec grand soin. Ils sont aseptiques, mais peuvent s'infecter très facilement, une fois qu'ils sont évacués. Il faut se borner à presser les parois pour éliminer les débris sphacelés et s'abstenir de toute injection, de toute manœuvre dans leur cavité.

Ce n'est qu'en suivant ces préceptes qu'on aura appliqué ma méthode. On pourra réussir en ne s'y conformant pas exactement, mais il ne faudra pas dire que ma méthode a été appliquée lorsqu'on aura échoué, en méconnaissant des prescriptions aussi fondamentales que la répétition des abcès et leur non-ouverture.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

La maladie d'Addison et le syndrome de l'insuffisance capsulaire.

DRS EMILE SERGENT et LÉON BERNARD.

(Congrès international de Paris.)

Les auteurs se sont efforcés de montrer dans un travail antérieur (*Archives Générales de Médecine*, juillet 1899), qu'il convenait de distinguer de la maladie bronzée d'Addison, le syndrome clinique de l'insuffisance capsulaire et d'ouvrir à la pathologie des capsules surrénales un chapitre didactique comprenant :

1° *Le syndrome de l'insuffisance capsulaire*, lié à l'existence constante de lésions destructives surrénales et correspondant à la presque totalité des faits cliniques actuellement décrits sous le nom de *formes frustes* de la maladie d'Addison.

2° *La maladie bronzée d'Addison*, dont la mélanodermie est inséparable et au cours de laquelle peuvent survenir des accidents imputables à l'insuffisance capsulaire.

Cette distinction trouve sa justification dans ce fait que la maladie bronzée peut évoluer indépendamment de toute lésion des surrénales (théorie nerveuse), tandis que le syndrome d'insuffisance suppose nécessairement une lésion de ces glandes.

Le syndrome d'insuffisance capsulaire est aux lésions des surrénales ce que l'insuffisance hépatique est aux hépatites aiguës ou chroniques. Il peut se déclarer brusquement, au milieu de toutes les apparences de la santé, ou survenir insidieusement, à la suite d'accidents prémonitoires plus ou moins anciens.

L'évolution d'un cortège de symptômes cliniques rappelant, d'une façon générale, le tableau des accidents consécutifs à l'ablation expérimentale des surrénales, jointe à la constatation constante d'altération de ces glandes, permet d'établir entre ces deux termes un rapport de causalité et de considérer le complexe morbide comme l'effet direct de l'insuffisance capsulaire.

Que si les accidents qui emportent le malade se déclarent à la suite d'une infection légère, telle qu'une angine pultacée, est-ce une raison pour admettre que la mort est le seul fait de l'injection, greffée sur une insuffisance latente des surrénales et que les symptômes observés relèvent de cette infection et ne sont pas des signes directs de l'insuffisance capsulaire ?

Les auteurs ne partagent pas cette opinion, soutenue récemment et s'en référant à leurs recherches antérieures, pensent que l'insuffisance capsulaire est seule en cause et que l'infection n'agit qu'à titre de cause occasionnelle. D'ailleurs le syndrome d'insuffisance peut éclater à l'occasion des circonstances les plus variées (traumatisme aseptique, etc.), et même à l'improviste, sans cause apparente, et toujours les accidents observés affectent la même allure. Enfin ne voit-on pas l'insuffisance hépatique absolue éclater brusquement, à l'occasion d'un érysipèle, par exemple, au cours d'une hépatite jusqu'à bien tolérée et soutient on, en pareille occurrence, que les accidents observés sont des symptômes de l'infection érysipélateuse et non des signes de l'insuffisance hépatique ?

Manifestations buccales consecutives a la grippe.

Dr A. BACQUE (Limoges).

(Congrès international de Paris)

La grippe s'accompagne souvent de manifestations buccales analogues aux complications oculaires, stomacales, urétrales signalées, par Sameh Bey, Hayem, Desnos, etc. Ces manifestations buccales sont la polyarthrite alvéolo-dentaire et les éruptions aphteuses. A la suite de deux épidémies de grippe survenues dans les premiers mois de 1899 et de 1900, j'ai observé quatre cas de polyarthrite alvéolo-dentaire et cinq cas d'éruptions aphteuses. Les cas de polyarthrite se sont produits exclusivement chez des rhumatisants avérés qui avaient déjà eu une ou plusieurs atteintes de rhumatisme aigu. Les cinq malades atteints d'éruptions aphteuses ne présentaient rien de particulier dans leurs antécédents personnels.

Ces deux affections se rencontrent également dans les bouches saines et dans celles dont la denture est en mauvais état. La durée et l'intensité de ces affections sont en rapport avec l'intensité de la grippe et l'état d'intégrité de la denture. Ces deux affections se caractérisent par une douleur vive et une impotence fonctionnelle presque absolue. Elles se terminent toujours favorablement dans un délai de huit jours à trois semaines.

CHIRURGIE

La periarthrite scapulo-humérale.

par M. RAMBAUD.

Pour M. Rambaud, la périarthrite scapulo-humérale consiste essentiellement en une inflammation aiguë ou chronique de la bourse séreuse sous-acromio-deltoidienne et du tissu cellulaire qui l'entoure, inflammation qui peut être sèche ou s'accompagner d'un épanchement de nature variable, séreux ou purulent.

Relativement fréquente, elle reconnaît pour causes le traumatisme sous ses différentes formes, le froid, le rhumatisme chronique, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose et diverses infections.

Elle se manifeste par de la douleur et des troubles dans les mouvements du bras : mouvement d'élévation et mouvement d'extension en arrière accompagnés de rotation interne et d'abduction (mouvement de bretelle).

Sans gravité dans ses formes sèches, elle peut comporter, lorsqu'elle est suppurée, un pronostic des plus sérieux. Quelle que soit sa forme, elle aboutit presque fatalement à l'atrophie plus ou moins complète et plus ou moins durable de la musculature de l'épaule.

Le traitement de la périarthrite scapulo-humérale doit varier avec chacune de ses formes : repos et antiphlogistiques dans la forme aiguë sans épanchement, ouverture large et précoce de la poche dans le cas de périarthrite suppurée, enfin rupture des adhérences sous le chloroforme dans le cas de périarthrite fibreuse.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Contribution a l'étude clinique de l'osteomyélite de l'os iliaque.

par M. PASQUIER (Th. de Paris).

D'après M. Pasquier, les symptômes les plus fréquents de l'ostéomyélite de la face externe de l'os coxal, variété de beaucoup plus habituelle, sont : la douleur profonde, fixe, exaspérée par la pression, la chaleur, la rougeur, l'existence d'un lacis veineux cutané, enfin, la tuméfaction s'accompagnant de fluctuation ou tout au moins d'empatement profond.

Les principales formes de l'ostéomyélite de l'os coxal autres que la forme précédente varient surtout suivant la marche (formes suraiguë, subaiguë et chronique), et suivant le siège (face externe, face interne, ischion, pubis).

Les principales complications à redouter sont : les foyers secondaires d'ostéomyélite, les arthrites purulentes, la phlébite des veines iliaques, et l'infection purulente.

Le diagnostic de l'ostéomyélite de l'os coxal sera le plus souvent facile, cependant le phlegmon profond de

la fesse, la coxalgie, la sacro-coxalgie, les abcès par congestion passant par l'échancrure sciatique pourront par quelques points prêter à confusion avec l'ostéomyélite de la face externe de l'os coxal ; l'appendicite et la psöite pourront quelquefois ressembler à l'ostéomyélite de la face interne, quand à l'ostéosarcome, il simule surtout les ostéomyélites à formes subaiguës ou chroniques.

Le pronostic est grave dans les formes suraiguës et aiguës, et surtout dans les cas d'ostéomyélite de la face interne : cependant, grâce aux interventions hâtives, la terminaison fatale est relativement rare.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Maladies nerveuses

Les psychoses de la puberté.

par M. MARRO (de Turin).

(Congrès international de Paris)

Dans l'époque pubère nous avons chez les deux sexes une réunion de conditions tout à fait particulière, telle qu'on ne la retrouve en aucune autre période de la vie. Notons, dans le physique, l'accroissement exceptionnellement rapide de la stature, qui accompagne le développement des organes essentiels de la génération auparavant presque atropiques : l'apparition des caractères sexuels secondaires, changements dans les dimensions de l'organe de la voix, développement du poil sexuel, et chez l'homme, du système musculaire et de la barbe ; arrondissement des formes par le dépôt de la graisse avec développement des seins chez la femme.

Dans les conditions biologiques, le développement de l'aptitude à la génération manifesté par les signes spécifiques, accompagné, chez la femme, de l'apparition de la menstruation et avec arrêt dans la quantité d'acide carbonique expulsé dans la respiration, et de celle de l'urée éliminée dans la sécrétion urinaire ; chez le jeune homme, avec accroissement de capacité vitale.

Dans les deux sexes, du côté du système nerveux, l'arrivée au cerveau des ondes d'excitation qui partent des organes de la génération avec accroissement de l'émotivité et le développement d'impulsions instinctives et affectives nouvelles.

La conséquence immédiate de cet état de choses, c'est dans le métabolisme la disparition rapide de la circulation de l'albumine et des sels, qui viennent d'être utilisés pour le développement général, avec surcroît de travail des viscères qui les doivent préparer et distribuer, et avec amoindrissement temporaire de la résistance vitale générale par une morbidité majeure ; et dans les conditions psychiques particulières par des troubles dans la conduite et la vie morale des jeunes gens, d'autant

plus graves, si une faiblesse précédente, par hérédité morbide ou par des maladies acquises, rend l'organisme moins résistant.

Les effets des impulsions sexuelles qui dans cette époque se réveillent, et par le manque de force des pouvoirs inhibitoires sont par conséquent plus dangereuses, peuvent naturellement se joindre pour accroître les dangers et les effets des autres causes prédisposantes, et constituer par elles-mêmes des conditions qui viennent se refléter sur la vie future de l'individu.

C'est ainsi, en vertu de ces conditions, que les états morbides congénitaux acquièrent dans cette époque une intensité et une gravité qu'ils n'avaient pas auparavant, et que s'ouvre la voie aux psychoses qui épargnaient totalement, ou presque, les âges précédents, et que parmi les psychoses de cet âge nous en voyons de telles à caractères spéciaux qui rapportent l'ensemble des conditions de cette époque, soit dans leur étiologie, soit dans les manifestations particulières morbides qu'elles révèlent ; que de cet âge partent beaucoup de dispositions qui viennent se refléter sur toute la vie de l'individu, et qu'en nous arrivent les indications plus rationnelles pour la prophylaxie et le traitement des maladies psychiques de l'époque pubérale.

De nos études et de nos observations particulières, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

1° La puberté exerce une influence notable sur la vie psychique, qui se manifeste soit en donnant aux troubles mentaux préexistants des caractères qu'ils n'avaient pas auparavant, ou qu'ils avaient à un moindre degré, soit en ouvrant la voie à l'invasion des psychoses ;

2° Parmi les psychoses qui viennent atteindre les garçons et filles à l'époque pubère, il y en a une particulière l'hébéphrénie, de Heiker, qu'on peut regarder comme spécifique, et dont la spécificité vient d'être déterminée de la réunion de plusieurs caractères qu'elle partage avec d'autres psychoses, mais qui en elle seule se trouvent réunis ;

3° Les manifestations morbides de cette forme particulière de psychose et les altérations constatées dans les examens microscopiques, démontrent que l'écorce cérébrale et les méninges sont le siège d'un processus morbide anatomique. Les symptômes d'invasion tendent à prouver qu'on peut avec une certaine probabilité en faire dériver la source d'un processus d'auto-intoxication par des troubles des voies gastriques.

4° De l'époque pubère et de l'exercice précoce et anormal de l'activité génératrice prennent source d'autres manifestations morbides dont l'influence imprime un cachet particulier au caractère de l'individu, de nature permanente, quoique l'âge et la vie dans des conditions favorables puissent en effacer l'évidence ;

5° La prophylaxie des troubles mentaux exige que l'on prête la plus grande attention à éviter toutes les causes d'affaiblissement qui peuvent troubler le développement de l'organisme physique et mental dans cette

époque si importante de la vie, telles que, excès de fatigue soit physique soit intellectuelle, et avant tout le précoce et anormal exercice de l'activité sexuelle.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

OBSTÉTRIQUE

Accès éclamptiques sans albuminurie.

par M. BOUFFÉ DE SAINT-BLAISE.

(Congrès international de Paris.)

Il est habituel de rencontrer des signes prémonitoires de l'auto-intoxication gravidique aiguë avec accès convulsifs. Le principal et le plus fréquent de ces symptômes est l'albuminurie.

Je publie ici trois observations où ce signe a manqué non seulement avant les attaques, mais aussi après ; et cela est un fait extrêmement rare. Car, dans tous les cas d'accès éclamptiques non précédés d'albuminurie, on est habitué à rencontrer des flots d'albumine, dans l'urine recueillie quelque temps après.

Dans la première observation, cas dans lequel la femme mourut, il n'y eut aucun signe prémonitoire, et dans les deux jours qui suivirent les premières attaques, il se produisit une légère albuminurie (traces d'albumine) qui disparut avant la mort.

Dans les deux autres cas, les malades, à antécédents hépatiques, montrèrent quelques signes généraux d'intoxication, mais d'albuminurie, à aucun moment ; les urines renfermaient des déchets biliaires abondants.

Ces observations montrent une fois de plus que le rôle du rein est secondaire, et que l'analyse de l'urine au point de la réaction albumineuse ne suffit pas pour éviter cette effrayante complication des attaques convulsives. Le régime lacté et le traitement de l'auto-intoxication et de l'épatotoxémie gravidiques devront être appliqués à la moindre alerte et en particulier chez les femmes qui ont des antécédents hépatiques, celles-ci faisant facilement, pendant leur grossesse, de l'insuffisance hépatique.

(*Indep. méd.*)

PÉDIATRIE

Traitement de la mort apparente du nouveau-né

par M. RIBEMONT-DESSEIGNES.

(Congrès international de Paris.)

Pendant le travail l'enfant peut souffrir sous l'influence de causes nombreuses que nous n'avons pas à

examiner. Ainsi à sa naissance peut-il se présenter avec l'aspect suivant qui caractérise la mort apparente : absence de cris, membres flasques, résolution musculaire complète, mais persistance de battements du cœur parfois très faibles et très espacés. Tantôt sa surface cutanée est bleuâtre, violacée, presque noirâtre, sa face est tuméfiée, les globes oculaires sont saillants et les conjonctives congestionnées : c'est l'asphyxie bleue. Tantôt, au contraire la peau est blanche, pâle, décolorée, les muqueuses sont également blanchâtres, les battements du cœur sont imperceptibles : c'est ce qu'on a appelé à tort l'asphyxie blanche, c'est l'état syncopal.

Enfin, dans certains cas, on se trouve en présence de formes mixtes, les caractères ne sont pas suffisamment tranchés pour que l'on puisse appliquer l'étiquette d'asphyxie ou d'état syncopal.

C'est en nous appuyant sur cet exposé clinique que nous allons pouvoir établir la conduite à tenir dans ces différents cas.

Dans la pratique la forme asphyxique est la plus fréquente : due à l'obstruction des voies aériennes par des mucosités ou du liquide amniotique chargé de méconium. Il sera donc nécessaire ; 1° de désobstruer les voies respiratoires, 2° de faciliter l'entrée de l'air dans les poumons pour rétablir ou régulariser les fonctions cardiaques et pulmonaires.

Très souvent les mucosités n'occupent que l'arrière-bouche, aussi un simple écouvillonnage fait avec le doigt entouré d'un linge, suffit à les enlever et à provoquer la première inspiration.

Les frictions cutanées simples ou avec de l'alcool, de l'éther, du cognac, de l'eau de Cologne, les bains chauds, les bains sinapisés, les bains alternativement chauds et froids, font de la révulsion cutanée qui est souvent le point de départ d'un réflexe se terminant par des mouvements respiratoires.

C'est sur le même principe physiologique qu'a été instituée l'excitation des muqueuses pituitaires, buccales et pharyngiennes ; la méthode des tractions rythmées de la langue que le Dr Laborde a fait connaître en 1892, a pour but de faire naître le réflexe respiratoire.

Très fréquemment les procédés cités plus haut ne suffisent pas, il faut avoir recours à la respiration artificielle. Nombreux sont les moyens dont le but est de faire pénétrer de l'air dans l'arbre aérien : insufflation de bouche à bouche, procédé de Sylvester, procédé de Schultze, procédé de Rivière.

Ces moyens ne remplissent qu'une des deux indications que nous avons posées dès le début : 1° désobstruer les voies aériennes ; 2° faciliter l'entrée de l'air. C'est en nous inspirant de ces indications que nous avons considéré l'insufflation comme la méthode de choix. L'étude approfondie de ce sujet nous a conduit aux données suivantes qui nous ont dirigé dans la construction de l'instrument qui porte notre nom :

1° L'insufflation doit être instrumentale ;

2° L'appareil employé doit permettre d'aspirer les mucosités ;

3° Il ne doit porter dans les poumons qu'une quantité d'air en rapport avec leur capacité.

L'insufflation instrumentale date du siècle dernier, mais Chaumier est le premier qui ait fait construire un tube pénétrant directement dans le larynx. Cet instrument fut modifié plus tard par Dépaul, puis par Pinard. Mais ce tube présentait encore de nombreux inconvénients : il est difficile à introduire dans le larynx, il se déplace aisément, il ne s'oppose pas au reflux de l'air et n'indique pas à chaque instant s'il n'a pas quitté le larynx pour pénétrer dans l'œsophage.

Pour remédier à ces défauts nous avons pensé que le tube devait être construit sur des bases anatomiques précises, aussi avons-nous étudié avec soin sur des coupes de nouveau-nés congelés, d'une part la courbe bucco-laryngée, et d'autre part le calibre et la forme de l'intérieur du larynx. Les résultats obtenus nous ont permis de faire construire un tube composé de deux parties. La première est formée d'une portion conique qui sert d'embouchure et sur laquelle on peut monter une poire en caoutchouc de 28 centimètres cubes de capacité et dont le fond est percé d'un trou. Elle est continuée du côté de la base par une autre portion, conique également ; au point de réunion existe une double couronne de perles dont les aspérités fournissent une prise solide qui empêche l'instrument de vaciller entre les doigts.

La partie bucco-laryngienne est constituée par une portion buccale cylindrique, elle présente une double courbure moulée sur la saillie du rebord alvéolaire et sur la concavité de la voûte palatine. La portion laryngienne a la forme d'un cône très court aplati sur les côtés et séparé d'un bouton terminal par un étranglement circulaire sur le contour duquel en regardant la concavité de la courbure, se trouve situé l'orifice de sortie de l'air.

Lorsque l'insufflateur est construit rigoureusement sur le modèle que nous avons déposé en 1877, il présente les qualités suivantes :

1° Son introduction est rendue facile grâce à sa courbure et à la disposition de son extrémité terminale ;

2° Sa courbe assure son maintien dans les voies respiratoires ;

3° Il s'oppose au reflux de l'air hors du larynx ;

4° Il permet d'aspirer aisément les liquides, les mucosités qui obstruent les canaux bronchiques ;

5° On se rend compte de sa bonne situation dans le larynx ou de son introduction par erreur dans le pharynx et l'œsophage ;

6° La poire en caoutchouc n'envoie dans les poumons que la quantité d'air suffisante pour les distendre en raison directe de leur capacité, ce qui évite la rupture des vésicules pulmonaires si fragiles à la naissance.

(Ind. méd.)

BACTERIOLOGIE.

Sur l'identité du bacille de Friedlander et de quelques bactéries encapsulées voisines décrites comme espèces distinctes.

par M. le Dr CHARLES NICOLLE (de Rouen).

(Congrès international de Paris.)

Depuis l'année 1895, nous poursuivons dans notre laboratoire l'étude des bactéries encapsulées dont le bacille de Friedlander est le type.

Nous avons d'abord étudié, avec la collaboration de M. A. Hébert, douze échantillons de bacilles de Friedlander isolés par nous de fausses membranes pharyngées ou de l'eau. Nous avons, en particulier, noté avec soin leurs propriétés biologiques et leur action sur les animaux.

Nous nous sommes ensuite occupés du bacille décrit par Lœwenberg dans l'ozène et regardé par cet auteur comme l'agent de cette affection. Nous avons pu nous en procurer neuf échantillons.

M. Hébert et M^{lle} Robineau qui ont répété, sous notre direction, les recherches faites sur le bacille de Friedlander par nous-mêmes, n'ont trouvé entre ce microorganisme et celui décrit par Lœwenberg aucun caractère différentiel véritable.

Avec M. Trenal nous venons d'étudier de la même manière trois échantillons du bacille encapsulé découvert par Fritsch dans le rhinosclérome et regardé par lui comme l'agent de cette maladie ; nos constatations ont été les mêmes.

Notre conclusion est qu'il n'existe pas entre les bacilles de Friedlander, de Lœwenberg et de Fritsch de différences assez importantes pour en faire des espèces microbiennes distinctes. Nous les considérons, au contraire, comme une seule et même espèce, facilement reconnaissable aux caractères suivants : polymorphisme ; présence d'une large capsule bien visible surtout dans l'organisme des animaux infectés ; immobilité ; absence de spores ; non coloration par la méthode de Gram ; développement abondant sur gélatine laquelle n'est pas liquéfiée, et sur la plupart des milieux de culture, même en l'absence de l'air ; pouvoir fermentatif vis-à-vis d'un grand nombre de sucres (l'érythrite n'est jamais attaquée) ; coagulation du lait inconstante ; absence de production d'indol ; pouvoir pathogène généralement marqué vis-à-vis de la souris blanche et du cobaye ; cet animal, lorsqu'il succombe, présente des lésions constantes et caractéristiques des capsules surrenales.

INTERETS PROFESSIONNELS

Le tarif médical.

(Deuxième lettre)

Quiconque considère le médecin dans ses rapports avec la société, comprend qu'aucune profession n'impose des devoirs plus rigoureux et plus multiples. Son ministère, un ministère sacré, exige toutes les qualités de l'esprit et du cœur. Dépositaire de la vie de ses semblables, il doit être familier avec la connaissance de tout ce qui peut conserver la santé et guérir la maladie : l'hygiène et la pathologie ; il doit être honnête homme dans toute l'acception de ce mot, pour remplir la mission de confiance et de délicatesse à laquelle il est appelé ; il doit être homme de science et honnête homme. Et la société n'admet pas ici de distinction entre médecin de ville et médecin de campagne. Hippocrate, le père de la médecine, récapitule comme suit les qualités morales du médecin : " Le médecin et la sagesse sont inséparables. — La médecine met en pratique tous les préceptes de la sagesse, le mépris de l'argent, la modération, la décence, la modestie, la probité, la douceur, l'affabilité, la gravité, la juste appréciation des choses de la vie, l'éloignement de toute crainte superstitieuse, le respect pour la divinité, vers laquelle la médecine ramène sans cesse."

Et cet évangile de la science médicale ne fait pas de distinction entre médecin de ville et médecin de campagne.

Stoll, Pichler, Gregori, Botal et autres, dans leurs commentaires de cet évangile d'Hippocrate, nous disent à tous indistinctement : " Lisez-les et méditez-les, pour que le germe, inné en votre âme, de toutes les qualités qu'ils recommandent, puisse tous les jours de votre carrière médicale se développer et produire ces fruits savoureux de la sagesse, qui désaltère l'aride étude et tempère l'acrimonie des dégoûts de notre profession."

L'ignorance est un crime, dit Buchan, lorsqu'il s'agit de la vie et de la santé des hommes. Nous devons donc tous à la confiance publique une instruction classique solide et une instruction scientifique spéciale, à la campagne comme à la ville.

Les gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec n'ignorent pas qu'une maladie à connaître et à traiter est un problème très compliqué ; que la multitude de ses données exige une puissance d'attention, une pénétration d'esprit, une sagacité d'analyse, une force de raisonnement qu'il est impossible d'appliquer également à toutes les affections pathologiques. Et ce problème est aussi impitoyable en campagne qu'à la ville.

En Canada, comme en tout autre pays civilisé, le demi-savoir en médecine est repoussé ; le Collège des

médecins et chirurgiens de notre province n'a pas le pouvoir d'admettre des demi-médecins ; mais, drapé dans sa puissance arbitraire, il décrète une *demi-page* au médecin de campagne coupable d'être qualifié comme son confrère de la ville. Le cumul obligé de toutes les connaissances médico-chirurgicales, l'isolement, les longues courses qui absorbent sans profit les heures, causant une foule d'ennuis au médecin de campagne, tandis qu'à la ville la pratique est assez commode, douce même à mener, avec l'aisance que procure une clientèle moins éparpillée, moins besogneuse et généralement plus instruite. La pratique des campagnes est une plus forte dépense de temps, de jambes et de paroles, une corvée non interrompue, mal rétribuée et fort mal comprise ; c'est un gagne-petit qui ne ruine ni n'enrichit celui qui sait boire à la coupe de cette modeste existence, une vie de labeurs et d'abnégation ; et puis, l'horizon est étroit au fond de nos vallées. Et notre Collège, le cruel, nous ostracise avec un sans-gêne révoltant. Nos gouverneurs n'ignorent pas que le médecin des villes jouit du double avantage d'avoir tous ses malades sous la main, de marcher en les visitant, sur un bon pavé, généralement propre, uni, sur des trottoirs parquetés de bitume. — S'il est fatigué, un omnibus ou le tramway le transporte ; s'il a soif, il entre dans un café. En compagnie de sa canne ou de son parapluie, vêtu d'un bon paletot, il ne craint pas durant l'hiver d'être sans abri contre un ouragan, de s'égarer dans un bois ou dans un champ par une nuit sans lune. A la campagne le médecin doit marcher souvent comme un facteur et monter à cheval aussi solidement qu'un postillon. Je ne parle pas de la charette, de la grossière charette d'habitant, courbaturant, torturant le malheureux assis sur un siège de bois et fuyant par des chemins rocailleux, mal entretenus. Il faut, de force, se résigner aux fatigues les plus rudes, aux insomnies, à l'irrégularité des repas, à l'intempérie des saisons, enfin, à la privation de toutes les douceurs décrites d'une pratique citadine. Et pour comble de malheur, nos gouverneurs décrètent que nous sommes indignes de l'honneur qu'ils accordent à nos confrères de la ville.

La situation est intolérable.

D^r L. A. FORTIER.

(à suivre)

Un art en train de se perdre.

L'art de formuler se meurt, il est presque à l'agonie ! Hâtons-nous de diagnostiquer son mal et de prescrire un remède avant qu'il ne soit trop tard.

L'idée de cet article nous a été suggérée par une étrange révélation d'un pharmacien de nos amis. Il nous a démontré, preuve en mains, qu'aujourd'hui au moins vingt-cinq ordonnances sur cent indiquent des remèdes brevetés et que nombre de médecins, qui par leur position devraient donner l'exemple de la dignité profession-

nelle, en sont rendus à ne presque jamais formuler.

Que doit-on penser d'un médecin qui jouit de la confiance du public, qui, pour une raison ou pour une autre, prostitue son art au point de prescrire à ses malades des pilules jaunes ou vertes, ou du baume quelconque, annoncés dans les journaux politiques ? Ou encore que dire de ces médecins qui semblent faire leurs études dans les pages d'almanach seules, des revues médicales ?

Ceux qui s'en rendent coupables *habituellement* (et ils sont nombreux) sont loin d'être à la hauteur de leur position. Ces médecins négligent singulièrement leur propres intérêts et encore plus ceux de leurs clients.

Ceci peut sembler une exagération, malheureusement ce n'est que trop vrai ; on nous en a fourni des preuves irrécusables.

Par paresse plutôt que par ignorance, certains médecins, haut placés dans l'estime du public, abusent étrangement de la confiance qu'on leur accorde. Au lieu de formuler, s'ils en sont capables, ou de travailler si c'est nécessaire, afin de le devenir, ils leur prescrivent habituellement des préparations toutes faites, annoncées et mises en vente à des prix fabuleusement élevés.

Mais, peu importe pour certains médecins, que cette préparation soit sans valeur ou peu appropriée, et que le pauvre diable pour qui on prescrit ces doses, soit obligé de se saigner pendant des jours pour en ramasser le prix. Qu'importe si le malade, rendu chez le pharmacien, se voit dans la triste nécessité d'abandonner tout traitement, à cause du prix exorbitant exigé pour la panacée.

C'est si facile, cela exige si peu d'effort intellectuel de prescrire le sirop de M. un tel, ou le baume de M. un autre. D'un tour de main, on a résolu tous les problèmes de thérapeutique, de pathologie et... empoché les honoraires.

L'habitude de ne prescrire que des "remèdes patentés", fait qu'une des premières victimes de cet abus, est celui-là même qui le pratique. En effet, il tombe dans un empirisme grossier qui entraîne la déconsidération du public et des confrères.

Quelles sont les causes de ce déplorable état de choses ? L'ignorance et la paresse, la paresse surtout, on peut bien l'avouer puisque nous sommes en famille.

Le jeune médecin, à sa sortie de l'université, est généralement pourvu d'un bagage scientifique insuffisant : à l'école on n'a pu que lui indiquer la voie, à lui de travailler et de la suivre s'il en a le courage. L'abondance des matières sur les programmes d'études, et le temps trop limité, expliquent et excusent cette insuffisance.

On est forcément obligé de négliger l'étude de la chimie, de la pharmacologie et de l'art de formuler, à tort considérés comme d'importance secondaire.

L'étude de la chimie surtout est indispensable si l'on veut arriver à formuler convenablement et éviter les incompatibilités de toutes sortes dans la rédaction des formules.

Cette lacune dans l'instruction médicale, le défaut de connaissance en chimie, sont des plus déplorables ; presque tous nous le savons, pour en avoir fait la triste expérience.

Pour y remédier, souvent le jeune médecin et quelquefois le vieux, se plongent dans l'étude facile des pages d'annonces de journaux de médecine et des prospectus d'industriels plus ou moins rapaces très habiles.

Ils écoutent avec un religieux respect les contes et les histoires que viennent leur débiter les "commis-voyageurs."

Parmi ces derniers, l'audace de quelques-uns, qui furent épiciers ou autre chose avant d'instruire les médecins, est phénoménale, et, les succès qu'ils obtiennent le sont encore plus. Et pourquoi cela est-il ? C'est qu'ils ont bien compris le défaut de notre cuirasse et ont su en tirer grand parti. Ils ont compris qu'un grand nombre de médecins sont soit trop paresseux, soit trop ignorants pour formuler convenablement et ils leur offrent des formules toutes faites, bien habillées et décorées de noms pompeux à tournure plus ou moins scientifique. Ils réclament pour leur panacées, le monopole exclusif de l'honnêteté, et vont même quelquefois jusqu'à décréditer les pharmaciens et insinuer que l'on ne doit pas se fier à la pureté de leurs drogues.

Tous les moyens leur semblent bons, pourvu qu'ils arrivent à leur but — placer leur marchandise.

Quand un de ces messieurs se présente chez moi pour me proposer sa marchandise et me faire l'article en vantant les effets merveilleux de sa solution de ceci ou de cela, je le met poliment à sa place... à la porte.

Apprenons à formuler et nous saurons bien nous dispenser des spécialités toutes faites. Nos malades s'en trouveront mieux et nous aussi, sous plus d'un rapport.

Quand il se présentera des difficultés à propos de formules ou d'associations de médicaments, consultez vos pharmaciens, eux sont les spécialistes dans cette branche de l'art de guérir, et nous devons les considérés comme tels.

Ce n'est pas plus humiliant pour nous de les interroger sur les questions qui regardent leur profession, que de consulter un oculiste ou un gynécologiste, dans des cas qui regardent ces spécialistes.

Dr KOTERE.

FORMULAIRE

Contre la dysurie blennorrhagique.

(E. GERBERT.)

Salicylate de soude.....	10 gr.
Extrait de belladone.....	0 gr. 30.
Eau.....	195 gr.
Teinture d'écorce d'oranges amères.	5 gr.

F. S. A. — A prendre une cuillerée à bouches toutes les deux à trois heures.

Travaux Originaux

Traitement moderne des fibromes utérins.

par A. LAPHORN SMITH,

B. A., M. D. Laval, M. R. C. S. England,

Chirurgien en chef de l'hôpital Samaritan, Montréal.

Il y a vingt ans, je tenais l'opinion bien décidée qu'on ne devait pas enlever les fibromes de la matrice parce que la mortalité montait à cinquante ou soixante pour cent, même dans les mains des opérateurs les plus distingués.

Quand Apostoli a inventé sa méthode de les soigner par l'électricité, il y a quinze ans, je me suis rendu immédiatement à Paris pour l'apprendre, avec le résultat que j'ai guéri de tous leurs symptômes 63 femmes sur les 102 qui se sont présentées.

Cinq ans plus tard, Price, de Philadelphie, à tellement réduit la mortalité, en opérant avec le serre-nœud, que je suis allé à Philadelphie, pour étudier ses méthodes et j'étais tellement content que j'ai commencé à opérer sur plusieurs des femmes que je n'avais pas guéries par l'électricité, à laquelle, cependant je donnais toujours la préférence à cause de son absence de danger. Quand Baer, de Philadelphie, à encore réduit les risques de l'opération par sa méthode de lier les artères utérines avant de couper et de laisser le cervix, la mortalité a été tellement diminuée, que j'ai commencé à choisir l'opération dans quelques circonstances, de préférence à l'électricité, et finalement, depuis que Pryor et Kelly ont réduit le danger à moins de cinq pour cent, j'opère dans presque tous les cas, réservant pour le traitement Apostoli seulement les femmes que je ne peux pas décider à se faire opérer.

Ainsi j'ai opéré sans accident onze cas consécutifs, sept l'année passée et quatre cette année, toutes des grosses tumeurs; et toutes les femmes sont à présent en bonne santé. Le grand avantage de cette méthode, c'est qu'on commence du côté le plus facile, liant toujours l'artère avant de couper. Ayan liée l'artère ovarienne et le ligament rond et après avoir coupé le ligament, on détache le tissu cellulaire jusqu'à ce qu'on sente l'artère utérine. Celle-ci est liée et ensuite la vessie est détachée, et la matrice est coupée en travers au niveau de l'os interne. Alors on peut rouler la tumeur en dehors du pelvis, ainsi donnant la place pour lier les vaisseaux, de bas en haut, en montant. Un autre grand avantage de cette méthode, c'est qu'on

évite de blesser l'uretère parce que c'est toujours du côté le plus difficile que cet accident arrive; mais par cette méthode plus on va plus on s'éloigne de l'uretère. La méthode de Doyen, de Paris, qui consiste à enlever le cervix et toute la matrice avec la tumeur, en tirant en arrière au lieu d'un côté à l'autre jouit de cet avantage à un plus haut degré, mais il y a d'autres défauts qui contre-balaient, tel que raccourcissement du vagin, risque augmentée d'infection, et plus grand temps pendant lequel la malade est sous l'anesthésie.

Je désire attirer l'attention spécialement sur l'importance de lier les artères individuellement; et secondement de mettre une seconde ligature sur chaque artère, parce que la première pourrait glisser après que la tumeur a été enlevée.

Depuis quelques années j'ai abandonné la soie, parce que celle cause quelquefois (quoique rarement) des fistules qui ennuient la malade, même plus que ne le faisait la tumeur. J'emploie à présent le catgut chromatisée qui est très fiable pendant plusieurs semaines et ensuite est absorbé. Il faut ligaturer en outre deux petites artères, branches des vaginales qui peuvent saigner beaucoup.

Aussi faut-il creuser le moignon du cervix, afin de faire des lambeaux, qu'il faut coudre ensemble fermement avant de rejoindre les deux couches péritonéales paires, afin que le col de la matrice reste extra péritonéal. Je n'ai pas continué de désinfecter le cervix, seulement de nettoyer le mucus qui occupe le canal.

Une précaution importante est de tirer l'omentum bien en bas pour couvrir les intestins, et pour les empêcher de se coller à la paroi abdominale.

Quant aux ovaires et trompes, je n'ai pas coutume de les laisser, excepté dans le cas de jeunes femmes où leur ablation cause la ménopause artificielle avec quelques ennuis. Mais les ovaires sont très souvent malades, quand il y a un fibrome et on court le risque en les laissant, de ne pas guérir la femme.

Je suis opposé à la myomectomie, parce que il y a presque toujours plusieurs tumeurs de différents degrés de développement et aussitôt qu'une est enlevée une autre commence à développer, et c'est décourageant non seulement pour la malade, mais pour toutes les autres personnes avec la perspective de ne pas avoir aucune garantie qu'elles ne seront pas obligées de subir une seconde opération. Toutefois je fais exception dans les cas de fibrome pédiculé en dedans ou en dehors de la matrice.

J'ai oté une tumeur sous-péritonéale, grosse comme une orange, d'une malade de D. MacNamara qui était

enceinte de quatre mois, sans causer d'avortement ; et j'ai enlevé avec l'écraseur et le forceps obstétrical un immense polype d'une vierge de 35 ans, dont j'étais obligé de couper les deux côtés du périnée que j'ai ensuite cousu, la femme faisant une bonne guérison.

Je tiens fortement l'opinion que toute femme avec une fibrome, même petit, doit être opérée, car elle est exposée premièrement à des hémorragies qui altèrent sa santé, et, secondement à ce qui est encore plus important, à des dérangements de digestion, de la circulation et du système nerveux ; et troisièmement ce qui est encore plus important l'opération qui serait au début absolument sans danger, deviendrait très dangereux ; quatrièmement la tumeur peut devenir maligne, et alors l'opération est trop tard.

Quant au curetage, quelquefois ça réussit, mais le plus souvent à cause de la forme de la cavité interne, ça ne peut pas être fait effectivement et le résultat est nul. Le morcellement de la matrice est beaucoup plus dangereux que l'hystérectomie, que je viens de décrire, parcequ'il est beaucoup plus difficile, et garde la malade bien plus longtemps sous l'effet de l'anesthésique. Les uretères, la vessie et les intestins sont souvent endommagés, ce qui n'arrive presque jamais par la méthode abdominale, avec la malade dans la position Trendelenburg. Aussi les fibromes arrivent surtout chez la multipares âgées, dont le vagin est étroit et inélastique.

En somme l'hystérectomie abdominale faite de bonne heure pour les fibromes est presque sans danger.

248 rue Bishop, Montréal.

Coq-à-l'âne médicaux.

L'extrait kératinique et la syphilis. — Nous résumons d'un article du docteur Hawthorn, de Marseille (*Marseille Médical*). L'extrait kératinique est un médicament imaginé par le docteur Lalande, de Lyon, et s'obtient par la macération et la fermentation prolongée de naissants de cornes de veau, pulvérisés, dans une solution aqueuse de chlorure de sodium. C'est un liquide clair, sentant la corne brûlée et qui contient à un haut degré les principes constitutifs de la kératine. M. Lalande emploie ce produit exclusivement pour combattre la syphilis. Hawthorn dans seize cas, a fait des injections intramusculaires (3 cc.) dans les iliaques externes, avec de bons résultats.

L'examen du sang. — H. Fussell, à la American Medical Association, insiste sur l'utilité de faire très souvent, pour aider au diagnostic, des analyses du sang, qui seraient plus importantes que celle de l'urine. Dans tous les cas obscurs il l'a fait. — Le médecin éviterait ainsi souvent d'administrer du fer à un patient parceque la figure est pâle, puisque toute personne pâle n'est pas toujours anémique et vice-versa, souvent un patient à la figure rouge présente une diminution dans l'hémoglobine et le nombre des hématies. On attribue une lésion organique parfois à des sujets souffrant de symptômes cardiaques ou pulmonaires, tandis qu'ils sont bel et bien chlorotiques seulement.

L'examen du sang diagnostiquera le leucémie d'avec le cancer ou autres états organiques, tuberculose, etc.— Il en sera de même pour la fièvre typhoïde et la malaria.

Eau fulminante, — la pilule fulminante existait déjà. — Un journal anglais, citant une revue française, rapporte la prescription suivante, qui a joui d'une grande vogue auprès des dames de la cour de Napoléon, jusqu'à ce qu'un médecin en fit la traduction pour unes d'elles. Sa colère ne se peint pas lorsqu'elle apprit que tout ce latin voulait dire tout simplement.... de l'eau pure. Et la dose, donc !

R Aqua fontis..... gm. 100.
Illa repetita..... gm. 40.
Eadem stillata..... gm. 12.
Hydrogeni protoxyd... gm. 0.32.
Nil aliud..... gm. 1.15.

Dose : Une goutte trois fois par jour.

Sarcome guéri par des injections de formaline. — J. Thompson, de Cincinnati, a guéri un cas de sarcome du naso-pharynx avec des injections hypodermiques d'une solution de formaline à 1/2%, dans la tumeur. Il donna ces injections deux fois par semaines, 25 gouttes de la solution à chaque fois, et à mesure que la vascularisation de la tumeur devenait moindre cette partie était enlevée avec des forceps. Le diagnostic a été fait au microscope et la guérison se maintient depuis six mois. (*The Laryngoscope*).

L'épilepsie traitée par l'extrait de capsules surrénales. — C. G. Hill (*Pharm. Centralb.*) d'après son expérience, conseille beaucoup cet extrait. La combinaison à laquelle il s'est arrêté est la suivante :— Une drachme de la solution suivante : un grain de la poudre d'extrait (représentant 8 grs. de glande fraîche) dissoute dans de la glycérine et de l'eau, et combiné à 2 grains de chlo-

rure de calcium et à 5 grains de bromure de sodium. Cette dose est répétée 3 fois par jour.

Nouveau réactif du glucose dans l'urine. — Ce réactif, sous forme de *tablettes nitro-propioniques*, serait beaucoup plus sensible que le Fehling. On dissout une tablette dans 10 cc. d'eau distillée, on ajoute 10 gouttes d'urine et on chauffe à l'ébullition pendant 3 à 5 minutes. S'il y a du glucose il se forme une coloration bleue, due à la transformation de l'acide orto-nitro-phényl-propionique qui se transforme en indigo. Ni les composés normaux de l'urine ni les médicaments n'ont d'influence sur la réaction. (*Lyon Méd.*)

NIRE.

Revue des journaux

CHIRURGIE

Invagination Intestinale chez l'adulte.

M. Michaux (Soc. de chir.) fait un rapport sur une observation de M. Auvray, ayant traité à un jeune homme qui présentait, depuis quelques jours, des symptômes abdominaux qu'on crut pouvoir attribuer à une appendicite. Ces symptômes s'aggravant de jour en jour, M. Auvray fut prié d'intervenir. Or, le ventre une fois ouvert, il se trouva en présence, non pas d'une appendicite, mais d'une invagination intestinale siégeant dans la région iléo-colique. Il put faire assez facilement la désinvagination, referma le ventre et son malade guérit. M. Auvray fait suivre son observation de quelques réflexions sur la difficulté du diagnostic différentiel entre l'invagination intestinale et l'appendicite, sur la rareté de l'invagination du grêle chez l'adulte, enfin, sur la facilité relative avec laquelle il a pu, dans le cas particulier, au bout de 3 jours, pratiquer la désinvagination.

Pour sa part, M. Michaux a observé et opéré, dans ces trois dernières années, trois cas d'invagination intestinale chez l'adulte. Dans le premier cas, il s'agissait d'une toute jeune femme qui présenta subitement, et avec une grande netteté, tous les signes d'une perforation d'un ulcère de l'estomac. La laparotomie fit voir qu'il s'agissait d'une invagination de la première portion du jéjunum causée par un polype intestinal. M. Michaux crut pouvoir se passer d'une résection intestinale et se contenter d'enlever le polype : la malade mourut d'une perforation par gangrène de l'intestin qui s'élimina sur une étendue de 10 centimètres.

Dans le second cas, il s'agissait encore d'une jeune

femme, mais qui présentait, elle, des accidents d'appendicite et chez laquelle on trouva une invagination de la partie terminale de l'iléon dans le cæcum. On fit la résection de la partie invaginée, et la malade guérit.

Le troisième cas a trait à une femme de 56 ans, qui offrait des signes d'occlusion aiguë. Cette fois, grâce à la constatation d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche, on a pu porter le diagnostic d'invagination. A l'opération on trouva, en effet, un polype du côlon descendant, ayant entraîné une invagination de 10 à 12 centimètres de longueur. On sectionna le polype, mais il fut impossible de désinvaginer l'intestin. Étant donné le mauvais état général de la malade, on dut renoncer à l'idée d'une résection intestinale et on fit un anus contre nature. La malade mourut en 5 jours.

Des recherches faites par M. Michaux, il résulte que l'invagination intestinale chez l'adulte n'est pas aussi rare qu'on le dit. Elle affecte beaucoup plus rarement que chez l'enfant la forme suraiguë ; très souvent, elle est causée par la présence de tumeurs polypeuses de l'intestin ; adénomes, myomes, lipomes, etc. La gangrène intestinale est loin de survenir d'aussi bonne heure que chez l'enfant ; en général, elle ne se manifeste qu'au bout de 8, 10, 15 jours.

Au point de vue du diagnostic, M. Michaux insiste sur les difficultés qu'il y a de distinguer l'invagination intestinale de l'appendicite, de l'ulcère perforé de l'estomac, de la lithiase rénale ou hépatique. Le symptôme des selles sanglantes est exceptionnel chez l'adulte. Un seul signe mérite l'attention : c'est la constatation de la tumeur abdominale formée par l'anse invaginée ; ce signe est noté dans un tiers des observations. Quant au traitement, qui ne peut être que chirurgical, il comprend 4 méthodes : 1° l'anus contre nature : c'est une méthode exceptionnelle, qu'il faut réserver aux cas où on ne peut faire mieux ; 2° la désinvagination : c'est évidemment la méthode de choix, mais elle est rarement applicable ; 3° la résection intestinale : c'est peut-être la méthode de l'avenir, mais actuellement elle est encore trop difficile et trop dangereuse pour qu'on puisse la préconiser dans tous les cas ; 4° l'entérotomie suivie de la résection du boudin invaginé. Cette méthode est assez simple, sans grands dangers et applicable dans la majorité des cas.

(*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*)

THERAPEUTIQUE

De la transfusion dans le traitement des chocs.

Dans un des derniers numéros de "La Revue" nous donnions la technique et les principales indications de la transfusion. Cette méthode de traitement est devenue très en vogue dans les chocs ; c'est un traitement de très grande valeur.

Cependant on rapporte des cas, où, après l'injection du sérum, les symptômes n'ont pas été améliorés.

On est porté à mettre en cause, ici, le degré de température à laquelle la solution est employée.

En effet, pour que l'injection soit efficace, il faut que le liquide soit employé à une température d'au moins 105° (108°-118°).

Il a été pratiquement prouvé au lit du malade que, si la température du liquide employé pour la transfusion intra-veineuse est au-dessous de 100°, le choc, au lieu de diminué, est augmenté.

La chute de température de la solution est plus grande dans l'injection intra-cellulaire que dans l'intra-veineuse, vu la longueur de temps qu'exige la première (½ heure pour 500 grs.).

Il est relativement facile, dans l'injection intra-veineuse de tenir la solution à une température de 105°.

La chute de la température sera plus ou moins rapide selon que l'on emploiera un sac en caoutchouc, un réservoir en verre, ou un irrigateur émaillé, etc.

Pour remédier à ces inconvénients, Carl Anderson a imaginé un instrument qui prévient la perte de la température pendant un espace de temps assez long pour permettre de faire la transfusion.

"Medecine" en donne une description, mais il faut voir.

RHEAUME.

La cure de repos chez les phtisiques.

Docteur SAMUEL BERNHEIM.

(Congrès international de Paris.)

L'auteur déclare que cette médication appliquée depuis plusieurs années dans les sanatoria ne doit plus être considérés comme une méthode empirique. Il en donne les interprétations scientifiques suivantes :

1. Dans le traitement du phtisique, la cure de repos est le complément indispensable du séjour au grand air et de la suralimentation.

2. Comme les poumons participent à tout surmenage, les effets de cette fatigue produisent une suggestion active au niveau du foyer tuberculeux et souvent des déchirures de vieilles adhérences. C'est pour ce motif qu'on observe si souvent chez les tuberculeux des hémoptysies, des douleurs thoraciques ou des pneumothorax survenant à la suite d'un effort quelconque.

3. Tout organisme, qui fatigue, produit des déchets organiques plus abondants. Ces déchets sont encore augmentés chez le phtisique surmené, qui, à la suite d'une fatigue, mobilise ses bacilles de Koch, d'où une véritable auto-intoxication qui se traduit par des phénomènes fébriles.

4. La suralimentation et la vie au grand air ne profitent au tuberculeux que s'il est soumis au repos absolu. Il y a donc là encore une raison d'économie nutritive.

5. Enfin, la sédation a un dernier rôle dans l'infection tuberculeuse : le repos empêche la généralisation des bacilles de Koch.

6. On doit donc prescrire la cure de repos à tout phtisique qui a de la fièvre et chez qui on observe des symptômes cliniques d'actualisation tuberculeuse. On ne permettra l'exercice qu'après disparition de ces troubles, mais encore le malade restera-t-il pendant un certain temps sous la haute surveillance médicale.

7. Cette cure de repos peut se pratiquer partout, pourvu qu'elle soit appliquée d'une façon disciplinaire, et pourvu que dans ce climat il n'y ait pas de vents violents et des poussières bacillifères.

Maladies nerveuses

Les psychoses de la puberté.

par M. JULES VOISIN (de Paris).

(Congrès international de Paris)

Tous les auteurs ont considéré la puberté comme une cause importante de folie. Pinel, Esquirol, Marc, Spurzheim ont tout particulièrement attiré l'attention sur ce sujet ; mais pour ces auteurs, les psychoses de la puberté ne constituaient pas une entité morbide.

Ce furent Kahlbaum en 1863, puis son élève Hecker en 1871, qui les premiers décrivent sous le nom d'hébéphrénie, ou folie de la jeunesse, une affection essentielle ayant sa marche et son existence propres ; ils la rangent dans le cadre des paraphrénies, c'est-à-dire des psychoses liées à une phase de l'évolution physiologique.

Bientôt ces auteurs s'aperçurent que l'hébéphrénie présentait deux modalités différentes : une forme grave à laquelle ils réservèrent le nom d'héboïde ou d'héboïdophrénie qui se termine par un arrêt de développement intellectuel se rapprochant de l'imbécillité.

De nombreux travaux parurent sur ce sujet tant en France qu'à l'étranger. Tandis que Kahlbaum considérait l'hébéphrénie comme indemne de tare héréditaire, Kraft-Ebing, Sterz, Finck, Kovalewsky, Thomas Clouston, Maichline, Serbsky, Morel, Magnan, Legrand du Saulle, Falret, Régis, Joffroy, etc., la considéraient comme étant, ou l'apanage d'une hérédité chargée, ou la terminaison de psychoses aiguës de l'enfance.

Presque tous ces auteurs constatèrent que la plupart des psychoses qui se développent pendant la puberté (et surtout à son début) guérissaient sans laisser aucune trace, et que, parmi les psychoses démentielles, il y avait une démence ressemblant en tout point à la paralysie générale progressive de l'adulte à part le délire ambitieux. Il fallut donc admettre plusieurs variétés de psychoses de la puberté et non une seule variété. L'évolution pubérale n'est donc pas seule en cause. Que l'on

invoque la théorie d'excitation cérébrale réflexe ou la théorie de la sécrétion glandulaire, il est certain que d'autres éléments interviennent. Et d'abord qu'est-ce que la puberté ? Quelles sont les limites de cette période pubérale ? Voyons si elle n'est pas constituée par des éléments autres que la sexualité. La puberté est non seulement caractérisée par la maturité sexuelle, mais encore par le développement du corps (croissance), le développement de l'intelligence et l'apparition de sentiments nouveaux en rapport avec cette maturité sexuelle.

La période pubérale, qui s'étend de 12 à 14 ans, suivant les sexes, les races ou les climats, jusqu'à 22 ans, est remplie par des actes physiologiques divers qui peuvent être arrêtés, troublés ou pervertis dans leur évolution par une infinité de causes d'ordre physique ou pathologique. Ces causes ont une influence d'autant plus grande qu'elles agissent sur un sujet prédisposé. Des règles douloureuses en ébranlant le système nerveux, des règles trop abondantes en déprimant l'économie, une croissance trop rapide, une nutrition défectueuse ou insuffisante, un travail physique ou intellectuel trop prolongé, au-dessus des forces du sujet, une maladie infectieuse, un traumatisme moral ou physique, jouent le principal rôle déterminant dans la grande majorité des cas. C'est ce que démontrent un grand nombre d'auteurs (Binswanger, Christian, Wille, etc.). Les états graves, les états démentiels paraissent produits plutôt par ces causes que par l'instauration sexuelle.

Marro attire surtout l'attention sur la différence de gravité entre les psychoses du début de l'instauration menstruelle et celle de la fin de la puberté. Cette remarque est très judicieuse.

L'apparition des règles chez la plupart des jeunes filles passe inaperçue, ne provoquant aucun trouble mental. Si le trouble mental arrive, il est généralement de peu de durée et ne se montre que chez des sujets qui ont une prédisposition héréditaire chargée. Il faut donc un terrain préparé pour l'éclosion de la psychose. Cette question de terrain nous la retrouverons pour toutes les causes débilitantes que nous venons d'énumérer (elles n'agissent que chez les sujets prédisposés). Tous les individus qui ont un surmenage physique ou intellectuel ne délirent pas.

Ainsi donc, l'élément indispensable pour l'éclosion de ces psychoses, c'est l'hérédité ; la puberté et toutes les causes débilitantes ou maladies de cette époque n'en sont que les causes favorisantes, les causes occasionnelles.

L'ensemble des symptômes que présente les psychoses de la puberté est encore une preuve du rôle important que joue l'hérédité dans ces affections : alternatives d'excitation et de dépression, périodicité dans les symptômes, accès impulsifs.

Ces désordres sont très variables, ils ont tantôt la forme d'une psychose pure, tantôt celle d'une régression mentale, tantôt celle d'une dégénérescence mentale, tantôt celle d'une neuro-psychose, tantôt celle d'un délire

toxique. C'est cette classification que nous avons adoptée, dans le rapport qui sera remis, ultérieurement, pour faciliter la description de ces troubles mentaux. Nous avons décrit chacune de ces variétés et nous terminons notre travail par quelques mots sur la médecine légale et le traitement.

(à suivre)

PÉDIA TRIE

Sterilisation du lait et le mode d'emploi du lait stérilisé.

par le Dr AXEL SOHANNESSEN (univer. de Christiania.)

1° Pour stériliser complètement le lait par l'ébullition, à la pression ordinaire, il est nécessaire que la cuisson dure plusieurs heures. Mais à la suite le lait présente de telles modifications, qu'il ne peut plus être employé à l'alimentation des nourrissons.

2° Les autres méthodes de stérilisation, ou bien ont une influence aussi mauvaise sur le lait, ou bien, comme par exemple, la stérilisation fractionnée, appelée stérilisation de Tyndalle qui n'altère pas le lait, sont inapplicables en pratique.

3° Lorsque l'on fait bouillir le lait quelque temps au bain-marie, dans de petites bouteilles, où la température dépasse à peine 96° C., on arrive bien à détruire les bactéries pathogènes proprement dites, attendu qu'elles résistent pas à un chauffage de 70° C. prolongé pendant 10 minutes. Mais il est d'autres bactéries dont les spores ne sont pas tuées. Celles-ci au bout de plus ou moins de temps vont continuer à se développer et vont déterminer dans le lait des modifications pouvant entraîner la formation de toxines qui ne sont pas sans danger pour l'enfant.

4° Même en employant le procédé de chauffage indiqué dans le paragraphe 3, il est vraisemblable que le lait doit subir des modifications chimiques qui ne peuvent pas être sans importance pour la santé de l'enfant.

5° Pour toutes ces raisons, il est vraisemblable que la meilleure méthode de traiter le lait est la pasteurisation à une température d'environ 70° C. Par ce moyen, les bactéries pathogènes sont détruites sans qu'il en résulte des modifications dans la composition chimique du lait.

6° Le manque de soin apporté dans le traitement du lait influe sur sa conservation. Un lait qui par suite des impuretés ainsi introduites présente des altérations dans sa composition chimique, n'est pas amélioré par l'ébullition, pas davantage qu'un lait falsifié ou provenant de vaches mal nourries ne peut devenir un bon aliment.

7° Le moyen rationnel de donner le lait aux nourrissons serait d'obtenir par les Commissions d'hygiène le

contrôle des animaux et des premiers soins donnés au lait dans le but d'avoir un lait contenant dès le début le minimum de germes possible.

A cela il faudrait ajouter la pasteurisation, en s'efforçant d'employer la plus basse température possible. A la suite de la pasteurisation, le lait doit être exposé à une température inférieure à 28° et consommé dans les 12 heures, suivant la proposition de Flügge.

8° Le lait du commerce est en général un mélange de laits de provenances différentes. Au point de vue de sa composition chimique, c'est un produit plus fixe que le lait de femme, soumis à de grandes variations, tant sous le rapport de la sécrétion quotidienne que sous celui des différentes époques de la lactation.

En employant le lait de vache dans l'alimentation du nourrisson, on s'éloigne des conditions physiologiques du nourrisson au sein, puisque la nourriture reste toujours identique, et c'est là un point qui mérite attention.

(Gaz. méd. belge.)

Refutation des diverses theories de la pathogenie du rachitisme ayant cours actuellement; expose de la theorie infectieuse.

par le Dr EDMOND CHAUMIER (de Tours).

(Congrès international de Paris)

Des troubles de l'appareil respiratoire, bronchite à répétition, broncho-pneumonie, sténose naso-pharyngienne, etc., avec déformation thoracique en dépendant, sont au moins aussi fréquents que les troubles gastro-intestinaux; pourquoi ne mettrait-on pas aussi bien le rachitisme sur le compte des lésions de l'appareil respiratoire; d'autant qu'il est avéré que plusieurs des lésions de cet appareil produisent une nutrition vicieuse du côté des os. Les végétations adénoïdes amènent souvent l'atrophie de la face et le gros front; les déformations du thorax, la pâleur, l'anémie, la faiblesse musculaire, le retard de la marche, comme dans le rachitisme.

Mais cela vient de ce que tous les organes, tous les appareils sont malades.

Il reste à déterminer le microbe, son habitat; ce qui revient à lui ou à sa toxine; l'influence des infections secondaires ou concomitantes; la durée de la contagion et de la conservation des germes dans les habitations. Avec mes observations (1000 environ) je chercherai à élucider ces deux derniers points.

Ma théorie diffère de celle de Mircoli. Pour moi, le rachitisme est spécifique, il vient du rachitisme et produit du rachitisme. Pour Mircoli il est causé par les microbes de la suppuration. Mircoli prétend avoir reproduit les lésions du rachitisme avec du staphylocoque jaune; il a produit de l'ostéomyélite.

Du reste, on peut, avec diverses substances, provo-

quer chez de jeunes animaux des lésions osseuses semblables à celles du rachitisme. Delcourt l'a fait avec du phosphate de soude, et Spillmann avec de l'extrait de matières fécales de rachitiques.

Pathologie interne

Contribution à l'étude des crises gastriques essentielles.

Dr TARUELLA (de Barcelone).

(Congrès international de Paris.)

Conclusions. — 1. Les crises gastriques ne sont pas une maladie; elles constituent un complexus symptomatique.

2. Il y a une forme clinique qui est dépendante d'une lésion systématisée des centres nerveux. En général, la maladie qui les engendre, c'est le tabès dorsal, soit dans la période de préataxisme, ou dans une période plus avancée. On les a vues aussi dans la paralysie générale et la sclérose en plaques.

3. L'existence des crises gastriques essentielles, comme fait d'une viciation de l'innervation stomacale (motrice sensitive et sécrétoire), est indubitable. Admise déjà par plusieurs auteurs, le cas que je viens d'exposer en est la démonstration. Après six ans d'évolution de la maladie, pendant laquelle ont eu lieu cinq accès de crises gastriques avec intervalles, sans aucun trouble stomacal, le terrain névropathique, qui est propre à la maladie, et l'absence de signes qui accusent des lésions des centres nerveux, sont des témoignages qui renforcent cette idée.

4. Le meilleur traitement de l'accès, ce sont les injections hypodermiques de morphine, mais toujours sans les prodiguer; pour que le patient ne tende pas à la morphinomanie. Dans les intervalles des crises, les sédatifs francs sont indiqués, ceux qui ne déterminent point de forte dépression du système nerveux (le valériane d'ammoniaque surtout).

La vie de campagne, les douches, l'abandon des travaux intellectuels excessifs, pas de fatigues physiques, la tranquillité morale, tout cela aide considérablement à la guérison de la maladie.

Influence des maladies infectieuses sur le cœur

Docteur SAMUEL BERNHEIM.

(Congrès international de Paris.)

De ses nombreuses expériences, des recherches bactériologiques, des faits anatomo-pathologiques et d'observations cliniques, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1. Toute maladie infectieuse ou toxique exerce une action nocive sur le cœur. Nombreuses sont les observations cliniques démontrant ce fait. D'autre part, on a découvert quelquefois au niveau des lésions vasculaires des micro-organismes pathogènes tels que les bacilles de Koch, d'Eberth, des gonocoques ou des pneumocoques. Enfin, on a pu déterminer expérimentalement des lésions cardiaques ou vasculaires par l'injection des ces bactéries.

Une maladie infectieuse, par là même qu'elle a toujours tendance à provoquer des complications cardiaques ne tire pas seulement sa gravité de sa nature propre, mais encore des lésions de retentissement qu'elle appelle. Dans la fièvre typhoïde, par exemple, le danger est beaucoup plus au cœur qu'à la muqueuse intestinale. Il en est de même dans la grippe, la diphtérie et dans nombre de maladies qui ont servi d'exemple à l'auteur à l'appui de sa thèse.

3. Au cours d'une maladie, pendant sa convalescence ou après la guérison d'une infection, la lésion cardiaque peut se guérir et passer ainsi inaperçue. Très souvent aussi, cette localisation n'est signalée par des troubles cardiaques que longtemps après la maladie infectieuse à laquelle elle se rattache.

4. Il est utile de connaître la vraie pathogénie des affections cardiaques. En effet, on ne doit pas soigner une endocardite rhumatismale comme on soigne une endocardite tuberculeuse, l'endocardite malarienne comme l'endocardite diphtérique, la péricardite grippale comme la péricardite de la scarlatine, la myocardite syphilitique comme la myocardite gonococcique, etc., etc. La médication doit être étiologique et pathogénique. On saura aussi découvrir, au cours d'une maladie infectieuse, où est la menace, afin d'instituer précocement une thérapeutique d'urgence et conjurer le danger éminent.

Electrotherapie

Dr J.-A. RIVIÈRE.

Au Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales qui a eu lieu à Paris du 27 juillet au 1er août 1900, le Dr J.-A. Rivière, de Paris, a lu un travail d'où il a tiré les conclusions suivantes :

1° Que les courants de haute fréquence et, en particulier, les effluves mono ou bi-polaires du résonateur Oudin ou du nouveau transformateur d'Arsonval semblent guérir les petits épithéliomas de la face et exercent, dans certains cas, une influence heureuse sur l'évolution des tumeurs malignes.

Ils exercent, d'abord, une action thermo-électro-chimique qui a pour effet d'éliminer les tissus néoplasiques et, si l'on admet la théorie parasitaire, de détruire

par leurs rayons actiniques le micro-organismes et leurs toxines, et, en second lieu, une action trophoneurotique curative, qui ramène les processus vitaux à la normale en même temps qu'elle favorise la phagocytose.

Il ajoute qu'il ne saurait être question d'appliquer l'action thermo-électro-chimique à l'élimination des grosses tumeurs pour lesquelles l'ablation reste le procédé d'élection. Mais à ce traitement devrait succéder le traitement préventif et curatif, de la récurrence. Les courants de haute fréquence et, en particulier, les effluves mono ou bipolaires du résonateur Oudin ou du nouveau transformateur d'Arsonval, semble exercer cette action en modifiant la vitalité des nouvelles régions contaminées par la brèche opératoire après les avoir désinfectées et drainées. Ce mode spécial d'applications électriques paraît être actuellement un des seuls moyens thérapeutiques à tenter dans le cas de tumeurs inopérables.

2° Que les courants de haute fréquence exercent une influence certaine sur la tuberculose pulmonaire et localisée ; le microbe s'accommode mal de l'application répétée de ces courants, ses facultés reproductrices et la virulence de ses toxines s'atténuent comme l'avaient fait prévoir les expériences de laboratoire du Pr d'Arsonval.

Tandis que l'organisme humain, exposé à ces mêmes courants, voit s'accroître ses forces générales, son ennemi, placé dans des conditions pathologiques, s'affaiblit. Il est aussi probable que sous l'influence du bain électrique l'action bienfaisante des phagocytes devient plus grande. Il semble évident que dans ces conditions l'assiégé, récupérant ses forces et aidé des phagocytes, finit par l'emporter sur le bacille. Il suffit alors de placer le malade dans les meilleures conditions d'hygiène et d'alimentation pour prévenir le retour du mal.

3° Que les effluves mono ou bi-polaires des courants de haute fréquence et de haute tension guérissent rapidement les ganglions tuberculeux avec ou sans trajet fistuleux et qu'ils exercent une influence heureuse sur la tuberculose des os, les tumeurs blanches et dans les cas de tuberculose localisée. Ces courants relèvent l'état général, tandis que grâce aux effets des rayons actiniques, ils tuent le bacille.

FORMULAIRE

Traitement des hémorroïdes.

Sanpoudrer les bourrelets hémorroïdaux avec du calomel ; en même temps, on donne aux malades des laxatifs.

Pour les hémorroïdes internes, on peut employer des suppositoires au calomel.

Ce calomel constitue non seulement un excellent procédé curatif contre les hémorroïdes, mais aussi une

médication préventive contre leur étranglement qui, avec la phlébite qui l'accompagne, produit les affreuses crises hémorroïdaires. Matin et soir, après chaque selle, laver soigneusement l'anus avec l'eau boriquée puis appliquer sur et dans l'anus une couche de la pommade :

Vaseline..... } àà 15 grammes.
Lanoline..... }
Calomel..... 2 —

On peut, suivant les circonstances, ajouter soit de l'extrait thébaïque, 20 à 25 centigrammes, soit de l'extrait de belladone, même dose.

Suppositoires :

Aristol..... 0 gr. 30 cent.
Chrysarobine..... 0 — 50 —
Extrait de belladone... 0 — 10 —
Beurre de cacao..... 30 grammes.

Pour dix suppositoires. Un par jour.

Pommade :

Extrait d'hamamelis... 0 gr. 50 cent.
— de ratanhia.... 0 — 75 —
— de belladone... 0 — 10 —
Vaseline..... 30 grammes.

Dans les cas d'hémorroïdes non procidentes :

Vaseline..... 15 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne 0 gr. 20 cent.
Antipyrine..... 1 — 50 —
Salol..... 1 gramme.
Cire..... Q. s. pour consistance

assez solide.

En appliquer dans l'anus deux à trois fois par jour gros comme une petite noisette.

Quand les hémorroïdes ont de la tendance à sortir, on emploiera la pomade suivante aux mêmes doses :

Vaseline..... 20 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne 0 gr. 15 cent.
Tannin..... 1 gramme.
Extrait de ratanhia..... 0 gr. 50 cent.
— de belladone.... 0 — 10 —

Faire usage du liniment suivant :

Extrait fluide d'hamamelis }
virginica..... }
Extrait fluide d'hydrastis ca- } àà 16 grammes.
nadensis..... }
Teinture de benjoin compos. }
— de belladone..... 4 grammes.
Huile d'olive phéniquée à 5% 32 —

Mêlez. Usage externe.

Vingt à trente gouttes par jour de teinture de marrons d'Inde. (Arnault.)

Kossoberdekji :

1° Chrysarobine..... 0 gr. 75 cent.
Iodoforme..... 0 — 30 —
Extrait de belladone.. 0 — 60 —
Vaseline..... 14 grammes.

Appliquer cette pommade à l'extérieur deux ou trois fois par jour :

Suppositoire :

2° Chrysarobine..... 0 gr. 08 cent.
Iodoforme..... 0 — 02 —
Extrait de belladone... 0 — 01 —
Beurre de cacao..... 2 grammes.

Crinon :

Capsicum fastigiatum (piment de Cayenne) concassé..... 1 partie.
Alcool à 60°..... 2 parties.

Dix gouttes dans un peu d'eau avant les repas.

Traitement par le collodion.

Un seul badigeonnage de l'anus avec du collodion simple suffirait pour faire disparaître la démangeaison pendant douze à vingt quatre heures.

L'application sur la tumeur hémorroïdaire d'une mince couche d'ouate imbibée de collodion simple (non riciné) a pour effet non seulement de procurer un soulagement considérable, mais encore d'amener une réduction progressive du volume de l'hémorroïde.

On peut éviter la douleur provoquée par cette application, au moyen d'un badigeonnage préalable à la cocaïne.

(J. méd. de Paris. — Gaz. méd. belge.)

Vin tonique pour tuberculeux.

(BLANC.)

La formule suivante a l'avantage de réunir l'arsenic et la solution phosphatée :

Arséniate de soude..... 0 gr. 10
Gouttes amères de Baumé.... 3 gr.
Vin de quinquina..... 250 gr.
Vin de coca..... } àà 125 gr.
Vin de kola..... }
Bi-phosphate acide de chaux. 20 gr.

Une cuillerée à soupe après les deux principaux repas.

Règles précieuses à suivre en obstétrique. — Si l'avortement est inévitable, tamponnez le vagin avec de la gaze ou tout autre substance aseptique, et attendez six ou huit heures ; vous trouverez alors, presque toujours l'œuf dans le vagin, en retirant la gaze. Si l'œuf n'était pas encore sorti, tamponnez de nouveau et attendez.

Si une partie de l'œuf ou des membranes est restée dans la matrice, faite sans tarder, un curetage avec le doigt ou avec une curette mousse, et cela sous chloroforme s'il le faut.

En d'autres termes, ayez recours à la dilatation artificielle, suivie de l'évidement et du curetage de la matrice dans l'avortement complet ou incomplet, chaque fois que la cavité utérine devient la source d'une intoxication septique.

Travaux Originaux

Sur le traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

par le Dr JÉHIN-PRUME

Chirurgien des hôpitaux, ancien chef de clinique à Paris,
Membre de la Société d'otologie de Paris.

Voici une maladie qui fait chaque année bon nombre de victimes, et sur la quantité des aveugles que l'on rencontre, une bonne moyenne en sont le résultat.

Cette maladie est aujourd'hui parfaitement connue et il existe pour la combattre un traitement classique, que l'expérience clinique a fait universellement adopter.

Dans la majorité des cas, c'est le médecin de la famille qui est le premier appelé à diagnostiquer et traiter le petit malade. Dans les grandes villes, lorsque le praticien est embarrassé, il a facilement recours aux spécialistes, mais à la campagne c'est autre chose, il est livré à lui-même et ses connaissances scientifiques seules le sauveront.

Tout médecin doit savoir traiter une conjonctivite purulente ; c'est l'enfance de l'art, et elle est d'une utilité absolue. Malheureusement il n'en est pas toujours de même et nombreux sont nos confrères qui hésitent devant un de ces cas.

C'est donc à eux que je destine cette étude.

Le traitement classique de l'ophtalmie purulente est le badigeonnage de la conjonctive avec une solution de nitrate d'argent.

Quelques auteurs ont essayé mais en vain de discrediter le nitrate d'argent au profit d'autres traitements qui n'ont vécu du reste, que..... l'espace d'un matin ! (Iodoforme, permanganate de potasse, protargol).

Le seul et véritable traitement est le nitrate d'argent. Mais il faut savoir comment l'appliquer.

Le Dr H. Coppez, raconte dans une étude sur ce sujet, l'histoire d'un enfant pour lequel il fut appelé en consultation, enfant, ayant eu les yeux brûlés par l'emploi d'une solution trop forte de nitrate d'argent ; voici du reste cette observation : (Journal médical de Bruxelles, août 1900).—En arrivant, je trouvai l'enfant dans l'état suivant : aux deux yeux, les paupières démesurément gonflées, rigides, couleur lie-de-vin. Sur la paupière inférieure et sur les joues, de petites ulcérations brunâtres et auréolées pour la plupart d'un cercle noir ou marron. Impossibilité presque absolue d'écarter les paupières

avec les doigts. En les rétractant au moyen des releveurs pleins de Desmarres, je vis un liquide louche s'échapper du sac conjonctival. La muqueuse oculaire était, au niveau des tarses, blafarde, exsangue, infiltrée profondément d'une exsudation fibrineuse. La conjonctive bulbaire, également livide, lardacée était couverte de pétéchies. Enfin les deux cornées étaient opaques, blanches, tout à fait pareilles à de la porcelaine. Mais cette opacité ne couvrait pas toute l'étendue des cornées. Elle formait une bande horizontale, nettement limitée en bas et en haut, respectant 2 millimètres environ de tissu transparent aux extrémités du grand diamètre vertical de la cornée. Pas de perforation de cette membrane. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Ce tableau était exactement celui de la diphtérie oculaire (forme grave ou interstitielle). Mais cette affection est exceptionnelle chez le nouveau-né. L'état général de l'enfant paraissait excellent et de plus, s'il faut l'avouer, j'étais sur mes gardes, depuis que l'on m'avait parlé de traitement énergique.

Je demandai alors quel avait été ce traitement.

On avait, depuis le premier jour, badigeonné quotidiennement les conjonctives de cet enfant avec une solution de nitrate d'argent à 10 %. Il n'en fallait pas plus pour expliquer tous les phénomènes. Partout où le nitrate avait été en contact avec la conjonctive et la cornée, il avait littéralement brûlé les tissus, nécrosant la conjonctive et opacifiant la cornée. Les parties qui avaient échappé à l'action du caustique, la périphérie de la cornée dans les secteurs supérieurs, demeuraient saines ou du moins elles ne souffraient que par voisinage.

Je ne cachai pas au praticien la gravité de la situation et je lui fis remarquer que ces symptômes si formidables au premier abord étaient dus à l'application, trop souvent répétée, d'une solution de nitrate d'argent beaucoup trop forte.

Ce médecin me répondit en toute sincérité que ce traitement il l'avait puisé dans le traité de Tillaux. Et le fait était exact (1).

Ainsi il se peut que des traités classiques, dont la valeur est universellement reconnue, contiennent des erreurs aussi monstrueuses, pouvant amener le praticien, trop confiant en l'autorité du maître, à des résultats aussi déplorables que celui que nous venons d'exposer.

(1) Il est préférable de se servir d'une solution forte de nitrate d'argent, 1 gramme pour 10 grammes d'Eau. (Tillaux, *Traité de chirurgie clinique*, t. I, p. 164).

Et ce n'est pas seulement dans Tillaux que l'on recommande le nitrate d'argent à 10 %. La même formule se trouve dans un de ces aide-mémoire de Lefert, qui sont actuellement dans les mains de tous les étudiants. On trouve dans ce manuel, textuellement :

R. Nitrate d'argent..... 3 grammes.
Eau distillée..... 30 —

On ne pourrait assez insister sur ces faits vraiment lamentables. Déjà la *Revue générale d'ophtalmologie* du Dr Meyer a stigmatisé comme elle le méritait cette extraordinaire incurie, pour ne pas dire plus. Il faut que les étudiants, il faut que les médecins dans leur pratique, aient des guides sûrs et fidèles. Qu'ils rejettent impitoyablement de leur bibliothèque ces petits *vade mecum* qui, sous prétexte de simplifier les choses ne font trop souvent que les travestir ou les fausser. Si un praticien désire posséder quelques notions d'ophtalmologie, qu'il s'adresse à un auteur spécialiste lui-même et non à un compilateur qui fournit aussi facilement un aide-mémoire de botanique qu'un guide sur une pratique hospitalière quelconque.

Pour en revenir au cas que nous relations plus haut, une autre question du plus haut intérêt se posait encore. **Était-ce vraiment une conjonctive purulente des nouveau-nés ?**

Eh bien ! je crois pouvoir répondre catégoriquement par la négative.

Le père n'avait jamais eu de blennorrhagie. La mère était parfaitement saine. Les deux premiers enfants, malgré des couches laborieuses, n'avaient point souffert des yeux. Enfin, fait capital, l'affection s'était déclarée dès la sixième heure après la naissance, alors que, pour la conjonctivite purulente, une incubation de quarante-huit heures au minimum est de rigueur. L'infection, en effet, comme le fait remarquer le prof. Fuchs, ne peut se faire qu'au moment de la naissance ou tout au moins après la rupture des membranes. Pendant le passage de la tête de l'enfant dans le vagin, les paupières emportent un peu de la sécrétion de cet organe. Celle-ci pénètre dans le cul-de-sac conjonctival par la fente palpébrale, soit immédiatement, soit au moment où l'enfant ouvre pour la première fois les yeux.

Ce ne sera donc que dans les accouchements difficiles, où, après la rupture de la poche, l'enfant demeure encore longtemps dans le sein maternel, que l'ophtalmie pourra éclater dans un délai moindre. Et tel n'était pas le cas dans notre observation.

De plus, des examens bactériologiques répétés à maintes reprises ne firent jamais découvrir le moindre gonocoque. Il est donc plus que probable que cette affection était une conjonctive banale, pareille à celle dont tant d'enfants souffrent, surtout quand ils naissent avec des voies lacrymales imperforées.

Je fis naturellement cesser les applications caustiques. Le traitement se borna simplement à des compresses boriquées tièdes, renouvelées continuellement, et à des applications d'une pommade aristolée pour prévenir les infections secondaires. Petit à petit, la muqueuse se détergea. Les exsudats fibrineux se résorbèrent. Mais il persista un état papillaire de la conjonctive qui mit de longues semaines à disparaître. Les cornées également s'éclaircirent et c'est à peine si, à l'éclairage oblique, on peut encore découvrir quelques petites taches diffuses correspondant aux endroits où l'opacité était la plus épaisse.

Il n'en est pas moins certain que si l'on avait continué les applications caustiques vingt-quatre heures de plus seulement, les yeux étaient irrémédiablement perdus. (D. H. Coppez).

* * *

En somme, la première chose à faire est, aussitôt après la naissance, d'examiner les yeux de l'enfant. S'ils semblent louches, qu'on ait quelques doutes sur la possibilité d'une ophtalmie, les laver avec une solution boriquée et instiller deux ou trois gouttes d'un collyre au nitrate d'argent.

Solution boriquée :

Acide borique..... 20 grammes.
Eau distil : 500 —

Collyre au nitrate d'argent :

Nitrate d'argent..... 0.50 centigrs.
Eau distil : 50 grammes.

Lorsque la maladie se sera complètement déclarée, voici comment on devra procéder.

Pour bien agir il faut être deux, une *nurse* prend l'enfant sur ses genoux et le place de façon à ce que la tête du bébé repose entre les genoux du médecin.

Le praticien devra mettre entre lui et l'enfant soit la toile d'un tablier ou d'une serviette, car quelques goutelettes de pus peuvent facilement infecter ses habits, et chose connue, cette infection est très virulente, même au bout de quelques jours.

A côté de lui, sur une table ou sur une chaise, une tasse contenant une solution boriquée, de la ouate et une

solution de nitrate d'argent à 2 pour 100, un pinceau, deux écarteurs de Desmarres et de l'eau salée.

Le médecin commencera par bien laver les yeux du petit malade avec l'eau boriquée. Nous ne recommandons pas le sublimé, qui est contraire aux yeux des enfants. Il fera bien sortir tout le pus et concrétions se trouvant dans le cul-de-sac conjonctival. Une fois les yeux bien nettoyés, le médecin écartera les paupières à l'aide des écarteurs de Desmarres, il examinera avec soin s'il y a des troubles du côté de la cornée.

Ceci terminé, il faudra procéder à l'application du nitrate d'argent. Certaines personnes se servent d'un tampon d'ouate, d'autre d'un pinceau ; je me sers toujours d'un pinceau, car je trouve qu'avec ce système, on voit beaucoup mieux ce que l'on fait et on est plus délicat. Il faut se souvenir que la membrane muqueuse d'un enfant nouveau-né est des plus délicates et par conséquent on doit procéder avec beaucoup de douceur.

Le médecin fera basculer les paupières et imbibant bien son pinceau dans la solution de nitrate d'argent, il badigeonnera toute la muqueuse conjonctivale se trouvant dans son champ d'action. Puis, trempant son pinceau dans l'eau salée, il lavera de nouveau la muqueuse, ceci ayant pour but d'atténuer l'effet corrosif du nitrate. Il fera bien attention de remettre les paupières en place, de ne pas les laisser éctropionnées, puis il procédera de la même manière pour l'autre œil.

Si l'ophtalmie est peu active, une seule application, de nitrate d'argent par jour sera nécessaire. Dans le cas contraire, il faudra en faire deux, une le matin et une le soir.

Il faut avoir soin que tous les linges, ouates, pincesaux ayant servis aux pansements soient brûlés. Car je le répète, c'est une affection très contagieuse qui s'attaque même aux grandes personnes.

Cependant le traitement ne s'arrête pas ici. Une fois rendu chez lui le petit malade devra être l'objet de soins particuliers. Compresses d'eau boriquée glacées et lavages toutes les demi-heures avec une des solutions suivantes :

Permanganate de potasse — au 3000 ième.

Ou

Permanganate de chaux — au 4000 ième.

Lorsque la sécrétion devient moins considérable, on diminue les applications de nitrate d'argent, on en fait une au lieu de deux par jour. On espace les lavages et on supprime les applications glacées.

Lorsque la suppuration est presque disparue, qu'il

ne reste plus qu'une raideur des paupières due à un dernier vestige de congestion, il est utile d'appliquer l'onguent suivant :

Iodoforme pulvérisé.... 1 gramme.

Vaseline blanche,..... 10 —

Voici le traitement classique, et lorsqu'il est bien fait, il est rare que la maladie prenne une forme fatale.

Quelquefois, lorsqu'il y a un fort œdème des paupières, il est bon de procéder à des scarifications conjonctivales.

Si la cornée est entreprise ou qu'il y ait tendance à la formation de fausses membranes il faut s'abstenir des compresses glacées.

De toute façon, toutes les fois qu'il y aura troubles du côté de la cornée, il est dans l'intérêt du médecin et du patient de prendre l'avis d'un spécialiste compétent.

15 rue Crescent, Montréal.

Revue des journaux

CHIRURGIE

Du traitement des fractures du maxillaire inférieur dans l'attitude bouche ouverte.

par M. MARTIN (Soc. chir. Lyon).

En 1887, je publiai un premier mémoire sur le traitement des fractures du maxillaire inférieur par un nouvel appareil, et je présentai une cinquantaine d'observations des plus démonstratives, choisies parmi les 120 cas environ que j'avais traités. Bien que les résultats obtenus fussent très bons, j'estimai cependant que l'application de cet appareil exigeait une surveillance très rigoureuse et qu'elle constituait une méthode de traitement assez complexe. Aussi ai-je cherché depuis lors à modifier cette méthode en la simplifiant.

Ces modifications ont porté non pas tant sur l'appareil lui-même que sur les procédés mis en œuvre pour obtenir la réduction et la maintenir.

Actuellement, dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur, compliquées ou non, j'ai abandonné à peu près tout appareil externe, je n'ai conservé que la bande de caoutchouc.

Le point capital de cette nouvelle méthode est d'obtenir la réduction spontanée de la fracture qui se produit lorsqu'on fait ouvrir la bouche au malade. J'avais déjà observé et signalé ce fait dans mon premier mémoire, mais si je l'avais utilisé, ce n'était pas de façon systématique.

Aujourd'hui, je considère l'abaissement des fragments postérieurs dans le mouvement d'ouverture de la bouche comme le procédé de choix pour obtenir la réduction. Mais l'attitude *bouche ouverte* ne peut être maintenue longtemps par le malade, à cause de la fatigue musculaire. Pour obtenir la persistance de cette attitude, j'ai placé simplement entre les arcades dentaires, tout à fait à leur partie postérieure, des coins de bois ou de liège dont l'épaisseur varie avec le degré d'abaissement de la mâchoire qu'on veut obtenir.

A l'attitude *bouche ouverte*, je joins la mobilisation et le massage. Ceux-ci ont pour avantage de faire disparaître rapidement les douleurs et les contractures réflexes, ce qui favorise singulièrement le traitement.

Je n'ai conservé des appareils internes que la gouttière simple en métal, ou mieux en caoutchouc durci. Si on peut à la rigueur se passer de celle-ci dans les fractures à deux fragments, elle est au contraire indispensable dans les cas de fractures à fragments multiples pour maintenir tous ceux-ci en bonne position. On peut encore utiliser suivant les cas la ligature des dents ou la fixation directe des fragments isolés au moyen de lames de métal vissées dans la mâchoire.

Dans tous les cas, je maintiens pendant toute la durée du traitement la mentonnière en caoutchouc qui élève les fragments antérieurs pendant que les coins interdentaires abaissent les fragments postérieurs.

(Lyon méd.)

THERAPEUTIQUE

Traitement du délire aigu par les lavages de l'estomac par ANT. MARRO (de Turin).

Après avoir cité les travaux de Briand, de Rezzonico, sur le délire aigu, l'auteur nous apprend que Martinotti et Ceni n'ont trouvé dans le sang et dans le liquide céphalo rachidien des délirants aigus, que des staphylocoques et des streptocoques. Ceni, sur deux autres individus affectés de délire aigu, n'a pu trouver que des germes communs, le *staphylococcus pyogenes albus*, et n'a jamais trouvé à proprement parler d'agents bacillaires particuliers. Pour Ceni, le délire aigu se rapprocherait des autres formes psychopathiques aiguës et ne serait qu'une auto-infection par des germes qui de l'intestin envahissent l'organisme.

Partant de cette hypothèse de Ceni, l'auteur obtint des résultats thérapeutiques notables de cette forme morbide par les lavages de l'estomac.

Il recueille 5 observations de délire aigu classique dont quatre cas de guérison en peu de temps.

Dans sept autres cas où la fièvre et l'agitation avec de la perturbation de la conscience étaient les seuls symp-

tômes, les soubresauts musculaires faisant défaut, le même traitement donna quatre guérisons et trois décès.

Les lavages ont été faits soit avec l'eau salicylique au 2 % ou soit tout simplement avec de l'eau bicarbonatée.

Ces lavages amènent un liquide vert jaunâtre particulier qui ne présente pas la réaction de Pettenkoffer.

Ces résultats heureux, obtenus par Marro, constituent une indication précieuse non seulement pour la thérapeutique, mais encore pour l'étiologie de cette forme de maladie mentale, démontrant que c'est dans le tube digestif que se forment les toxines qui, par leur pénétration dans la circulation, provoquent les phénomènes morbides du délire aigu avec ou sans soubresauts musculaires.

L'auteur fait remarquer que dans la plupart des cas observés par lui la cause occasionnelle était de nature morale, et que la maladie avait commencée par des désordres gastriques.

Il appelle encore l'attention sur les cas accompagnés de furoncles, d'abcès et de pustules, etc., qui corroborent les recherches de Martinotti et de Ceni, par les cultures qu'ils ont faites avec le sang et le liquide céphalo-rachidien d'individus morts de délire aigu.

(J. de méd. de Paris.)

Traitement de la paralysie agitante.

Il n'existe pas à proprement parler de médicament contre cette maladie. Cependant nous pouvons, et c'est l'opinion qu'émet Williamson dans le *Practitioner*, ralentir la marche de la maladie et rendre celle-ci plus supportable au malade par un traitement général convenable. Il faut d'abord éviter toute excitation psychique. Si l'on réussit à éloigner du malade toute émotion et tout souci, on voit souvent le tremblement diminuer d'intensité. Une occupation qui intéresse le malade agit encore favorablement sur le tremblement. On réussit aussi par l'effort volontaire à supprimer le tremblement pendant quelque temps, qui peut encore être plus faible qu'auparavant. On arrive au même résultat en prescrivant aux malades d'appuyer pendant quelque temps leurs mains sur les hanches, ou de tenir les bras verticalement dressés. Ces procédés peuvent avoir leur utilité lorsque le tremblement très intense fatigue les malades. L'alcool agit très défavorablement sur le tremblement; il faut donc, dans cette maladie, éviter le vin et les boissons alcooliques et user du thé ou du café très étendu d'eau. Les pièces où séjournent les malades doivent être aérées et plutôt fraîches; la chaleur, le surchauffage exagèrent le tremblement et l'agitation générale. Les malades se sentent mieux à l'air frais. La cure d'air libre, recommandée dans certaines maladies chroniques, est également indiquée dans la paralysie agitante. Wil-

Williamson a observé que le tremblement cesse ou diminue considérablement après un voyage en chemin de fer ; Charcot avait déjà signalé le fait. Lorsque la maladie est avancée on ne doit pas laisser les malades sortir tout seuls, car dans leur maladresse ils tombent souvent et peuvent se blesser.

Parmi les nombreux remèdes qui ont été préconisés contre la paralysie agitante, un seul a donné quelque résultat : c'est l'hyoscine, ou le bromhydrate d'hyoscine. Si les doses sont trop petites, on n'obtient pas de résultat. Williamson débute par 0 gr. 0004, deux ou trois fois par jour dans cuillerée d'eau chloroformée, et va jusqu'à 0 gr. 0008 par jour. Dans quelques cas cette médication peut être continuée pendant longtemps sans phénomènes désagréables. La principale action du médicament se manifeste pendant la première période du traitement. Plus tard l'hyoscine perd un peu de son efficacité. Mais dès qu'on a cessé le médicament pendant quelques jours, l'aggravation survient de nouveau. L'hyoscine ne diminue pas seulement l'intensité du tremblement, elle agit encore comme sédatif général. Si elle ne réussit pas à procurer des nuits parfaitement tranquilles, on peut donner en même temps un narcotique léger, car un bon sommeil est la première condition du bien-être de ces malades. Le lit ne doit pas être trop mou, car l'absence d'une certaine résistance du plan du lit contribue à exagérer les mouvements, ce qui fait que les malades ne peuvent dormir.

(Méd. moderne — J. de méd. de Paris)

Traitement du prurit par la chaleur.

Edmond Andrews, dans la *Clinical Review*, ne discute pas l'étiologie du prurit, mais il proclame que la chaleur, sèche ou humide, est de grande valeur dans le traitement de toutes les formes de prurits, qu'ils soient accompagnés ou non de lésions de la peau.

La première fois qu'il eut l'occasion d'expérimenter cette méthode, ce fut chez un fermier qui s'était gelé les pieds. Ceux-ci furent soumis à une température aussi élevée que le patient pouvait endurer.

Chaque application était suivie d'un prompt soulagement, et ordinairement deux ou trois applications étaient suffisantes pour faire disparaître la démangeaison.

Le Dr Andrews remarque que toutes les formes de prurit reviennent par période.

Il recommande pour le prurit sans l'application de compresses chaudes changées toutes les deux minutes jusqu'à ce que la démangeaison soit disparue.

Dans la démangeaison du scrotum, on obtient un soulagement en faisant des applications très chaudes.

Ces applications peuvent également être faites en tenant le patient assis dans une cuve d'eau.

RHEAUME.

Maladies nerveuses

Les psychoses de la puberté.

par M. JULES VOISIN (de Paris).

(Congrès international de Paris)

(Suite.)

Nous donnons aussi le plan de cette classification et les conclusions auxquelles nous sommes arrivés.

CLASSIFICATION. — I. *Psychoses de la puberté* :

Mélancolie : mélancolie simple, passive ; mélancolie avec excitation, active ; mélancolie avec stupeur, catatonie.

Manie : manie simple forme typique, rare dans l'adolescence ; manie irritable, manie choréique simple et hallucinatoire ; forme catatonique.

Confusion mentale. Folie hallucinatoire.

II. *États régressifs* :

Démence de la puberté : hétérophrénie, démence aiguë, ou primitive, stupeur aiguë.

Démence précoce simple.

Paralysie générale progressive.

Démence épileptique spasmodique (voir épilepsie).

III. — *Dégénérescence mentale* :

Paranoïa.

Folie périodique : intermittente, circulaire, à double forme.

Phobies. Obsessions. Folie du doute et du toucher.

Kleptomanie. Dipsomanie.

Aberrations sexuelles.

Impulsions. Suicide. Homicide.

Folie morale.

Délire des dégénérés.

IV. — *Psychoses combinées. Neuro-psychoses* :

Neurasthénie. Hypochondrie. Hystérie. Chorée.

Epilepsie : psychose chronique. Démence spasmodique. Psychose aiguë.

V. — *Psychoses par intoxications* :

Infections. Auto-intoxication. Intoxication alcoolique.

CONCLUSIONS. — 1° On doit entendre par psychoses de la puberté les affections mentales qui se développent dans la période de la puberté ; c'est-à-dire entre 15 et 22 ans. Cette période est caractérisée par la maturité sexuelle et le développement physique et intellectuel de l'individu ;

2° Toutes les variétés de psychoses peuvent se montrer à cette époque : l'hétérophrénie comme entité morbide n'existe pas. On doit réserver le nom d'hétérophrénie aux cas de démence. Les psychoses qui se développent au début de l'évolution pubérale sont moins graves que celles qui se développent dans le cours ou à la fin de la puberté. Les premières peuvent être appelées psychoses de la puberté, tandis que les autres seraient les psychoses de l'adolescence ;

3° La prédisposition héréditaire est la cause prédominante de ces affections ; c'est l'association du développement intellectuel incomplet de l'individu avec l'hérédité qui donne à la maladie son cachet dit hétérophrénique ;

4° Les psychoses pures, ou plutôt celles qui se rapprochent le plus des formes pures, présentent des tableaux atypiques, des formes mixtes qui guérissent dans plus de la moitié des cas ;

5° La mélancolie apparaît le plus souvent sous la forme grave de la stupeur, s'accompagnant d'actes impulsifs, d'obsessions et d'hallucinations impératives dirigées contre la vie du malade et de son entourage. On signale en même temps très souvent le mysticisme et l'onanisme ;

6° La manie se présente rarement sous la forme bénigne ; elle revêt le plus souvent le caractère de la moria et présente aussi beaucoup d'éléments impulsifs ;

7° La démence précoce (hétérophrénie), décrite par Kahlbaum et Hecker, se présente sous deux formes : une grave et une légère. La forme grave peut offrir les symptômes de la stupeur, de la démence, de la catatonie, de la confusion mentale. C'est ce qui en rend le diagnostic difficile. La forme légère ou démence précoce simple (stigmate de dégénérescence mentale, Morel) doit être distinguée de la paralysie générale progressive et de la démence épileptique spasmodique ;

8° La confusion mentale présente un délire de rêve ou délire onirique, qui a beaucoup d'analogie avec le délire alcoolique. Ce délire onirique est la caractéristique des psychoses d'auto-intoxication et il est presque sûr que les troubles de la nutrition de l'adolescence sont les causes de ce délire.

La guérison arrive dans la moitié des cas ; elle est annoncée généralement par des crises, sueurs, diarrhées, salivation, menstrues, abcès, furoncles, etc., et l'on constate presque toujours de l'amnésie rétro-antérograde, comme dans les cas de psychoses polynévritiques ;

9° La paralysie générale progressive juvénile se distingue de la paralysie générale progressive de l'adulte par l'absence d'idées de grandeur et de délire ambitieux et par sa marche plus lente. Un grand nombre d'auteurs lui assignent comme étiologie la syphilis héréditaire ;

10° Les psychoses dégénératrices et les neuro-psychoses sont les plus fréquentes ; elles reparaissent généralement à l'âge adulte ;

11° La méthode légale des psychoses de la puberté est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés, mais les cas relatifs à la capacité civile sont écartés, puisque la loi française ne reconnaît pas la capacité civile avant 24 ans. Il n'y a qu'à considérer les cas concernant la responsabilité criminelle, qui est fixée à 16 ans.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Fibrome et cancer.

PAR VERSTRAETE.

RÉFLEXIONS. — 1° Nous disions en commençant que les faits de coexistence de fibrome et de cancer de l'utérus s'accroissent. Depuis notre travail, le Pr. Ferroni a rapporté bon nombre d'observations ; il en donne six nouvelles et, sans vouloir trancher la question de pathogénie, expose les diverses théories. A la Société médicale d'Amiens, le professeur Pauchet dit en propres termes : " La plupart des cancers du corps utérin que j'ai opérés, avaient pris naissance dans de petits utérus fibromateux qui, après avoir laissé les malades au calme pendant plusieurs années, ont ensuite donné naissance à des écoulements sanguins et à des douleurs annonçant la transformation maligne."

Plus tard, le Pr Pauchet présente un de ces utérus fibromateux dont la cavité est bourrée de végétations cancéreuses, le tissu fibreux est lui-même infiltré par les masses épithéliales. C'est le cinquième qu'il opère dans ces conditions, toujours il a dû intervenir par la voie abdominale, quelquefois après avoir reconnu son impuissance à mener à bonne fin son opération commencée par la voie basse.

Ses conclusions sont importantes à retenir :

1° Quand nous constaterons la dégénérescence d'un fibrome, ne l'opérons que si l'infection n'est encore qu'à son début ;

2° Intervenons toujours par la voie abdominale enlevant l'utérus d'un bloc.

3° Prévenons la dégénérescence des fibromes, en nous souvenant que cette dégénérescence a lieu au moment de la ménopause et en appliquant le précepte depuis longtemps formulé par Péan et Doyen : " Tout fibrome reconnu sera opéré."

Claisse, dans sa thèse, est amené à noter la fréquence de coexistence du fibromyome et du cancer de l'utérus ; il l'a constatée deux fois,

Nous devons signaler, pour être complet, deux observations présentées à la Société anatomique de Paris, la première par Leuret (Gros fibrome du corps et épithélioma du col. Poids de la tumeur : 1.200 grammes, femme de 45 ans, tripaire, hystérectomie abdominale totale, guérison) ; la seconde par Bouglé (Fibromes multiples du corps, cancer pavimenteux à point de départ dans la muqueuse vaginale du col, mais développé uniquement dans la cavité du corps de l'utérus. Cancer des ovaires, hystérectomie abdominale sus-vaginale. Guérison.)

2. — Le diagnostic de fibrome et de cancer de l'utérus est possible même quand il s'agit de fibrome et de cancer du corps. M. le Pr Duret a pu le porter d'une manière formelle dans le cas que nous rapportons. Si on veut bien se reporter à l'une des conclusions de notre

thèse, on verra que notre cas y répond parfaitement.

“ Si en même temps qu'il existe un fibrome utérin, il se fait par le vagin un écoulement séreux, louche, très souvent odorant, s'il se produit des hémorragies violentes, des accès douloureux intenses comme expulsifs, surtout si ces accidents se manifestent à la ménopause vers la cinquantaine, ils doivent faire soupçonner la coexistence d'une dégénérescence maligne de la muqueuse utérine. L'examen direct permettra souvent d'affirmer le diagnostic.”

3. — L'hystérectomie abdominale précoce est presque toujours la seule opération rationnelle. L'hystérectomie totale doit même être préférée pour cette raison à la *subtotale* dans le traitement du fibrome simple. Après cette dernière opération on a vu plusieurs fois le moignon utérin subir la dégénérescence épithéliale. Pichevin qui a pu observer une malade, opérée dans de telles conditions par le Pr LeDentu, atteinte plus tard d'épithélioma du col, pense qu'il vaut mieux débarrasser entièrement de leur utérus les femmes qui ont des fibromyomes utérins. Dans le cas de Bouglé cité plus haut, une opération partielle ayant été faite, une seconde intervention sera nécessaire.

(J. des scien. méd. de Lille)

PEDIATRIE

Recherches microscopiques et nouvelles observations sur le rachitisme fœtal.

par F. FEDE et FINIZIO (Naples).

(Congrès international de Paris)

Les présentes recherches sont la continuation de celles déjà initiées par l'un de nous (Fede) et Cacace. Personne n'ignore qu'il existe encore des grandes discussions sur la fréquence et même sur l'existence du rachitisme du fœtus. Si Bednar, Kassowitz, Schwarz, Feyerabend ont considéré le rachitisme fœtal comme très fréquent; d'autres, au contraire, comme Tschistowitsch, Guerin, Chaussier l'ont regardé comme très rare. Grand nombre d'observateurs toutefois le nient positivement et soutiennent qu'un titre semblable a été donné à plusieurs entités morbides bien diverses du rachitisme (Schidlowski, Porak, Ballantyne, Margarucci).

Fede et Cacace, après de minutieuses observations cliniques, faites sur 500 nés à la *Maternità degli Incurabili*, sont arrivés à la conclusion que les nouveau-nés avec notes cliniques de rachitisme sont extrêmement rares.

Fede et Finizio ont continué les observations cliniques sur 475 nés de la même *Maternità*. Ils ont trouvé sur trois la craniotable, sur six le double *genu varu* et sur trois gonflées les épiphyses des os longs. Selon les O. O. le rachitisme fœtal ne se trouverait que parmi le

2, 1 % des nouveau-nés. De leurs observations il résulte encore que chez les nouveau-nés on rencontre fréquemment, parmi le 25 %, des irrégularités dans les os du crâne, comme la fontanelle antérieure plus ou moins large, la fontanelle postérieure et les latérales non fermées et les sutures écartées.

Quelle est la valeur clinique de ces lésions? Est-ce l'expression du rachitisme à son début, ou du développement insuffisant? Pour définir la question les O. O. ont fait des recherches microscopiques sur les os du crâne des nés-morts peu après leur naissance, et qui présentaient les fontanelles larges et les sutures écartées. Dans aucun des cas examinés ils n'ont trouvé des lésions qui autorisassent à reconnaître un rachitisme au début. Des fois ils n'ont pas trouvé de lésions, ou bien ont observé des signes de développement irrégulier ou insuffisant. Donc les observations microscopiques confirment les cliniques. Le rachitisme fœtal est très rare. Les fontanelles larges et les sutures écartées ne sont pas toujours un criterium de rachitisme, et dans la majorité des cas elles sont le signe d'une ossification retardée ou irrégulière.

INTERETS PROFESSIONNELS

Le tarif médical.

(Troisième lettre)

Et notre santé?

Si le typhus, la syphilis, le choléra et la fièvre typhoïde peuvent atteindre de préférence le médecin des villes, la gale, le charbon, la pustule maligne, la variole, la rougeole, la suette et la dysentérie restent au médecin de campagne, sans compter les phlegmasies de poitrine, le coryza, l'ophtalmie, l'otite, les angines, les rhumatismes, la fluxion qui le guettent dans ses courses au loin, le jour, la nuit, en toute saison de l'année, en plein soleil comme dans la neige et sous la stridente impression des vents froids, glacés. Il nous faut écouter que la voix du devoir nous appelant au chevet du pauvre comme au chevet du riche; il faut les visiter tous avec la même sollicitude, les consoler et les soulager malgré la distance, l'orage, la tempête et la nuit.

Aussi, combien de fois le médecin de campagne sent-il toute l'horreur de son état, quand il est requis d'aller, malgré les douleurs qu'il éprouve lui-même, exercer des forces qu'il n'a pas, nonobstant une pluie continue et glaciale, endoloré et sortant d'un bain tiède par son sang?

Il faut que le moins malade secoure le plus malade; et en compensation de ses privations sociales et de ses fatigues journalières, le médecin de campagne est mis sur un pied d'infériorité avec son confrère de la ville!

Trente piastres pour un accouchement à la ville;

dix piastres pour un accouchement à la campagne ! Pourquoi cette différence ?

Cinquante dollars pour version, pour forceps et délivrance artificielle, à la ville ; vingt dollars à la campagne ! Abomination !

Et quelle tentation pour le confrère de la ville de simuler une version, d'appliquer les forceps et de plonger sa main dans le bassin à la recherche d'un placenta nullement mal intentionné ! Pour cinquante piastres un confrère peut braver et mutiler son honnêteté, irréprochable jusqu'à ce moment là.

On est tenté de croire que nos gouverneurs redoutent l'accroissement trop rapide de la population dans les grands centres. En créant un tarif exorbitant pour les accouchements, ont-ils en vue l'idée d'imposer la *contrainte morale* à la classe ouvrière, remarquable par sa fécondité ? Nouveaux Malthus, nos illustres gouverneurs pourraient bien dépasser leur maître, en enjoignant aux accoucheurs, tant de la ville que de la campagne, d'opérer la castration sur chacun des enfants qu'ils mettront au monde, opération mineure (?) qui assurerait \$25.00 au confrère de la ville et \$10.00 au médecin de campagne !

Le tarif d'honoraires du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, approuvé par son honneur le lieutenant gouverneur en Conseil, le 4 mai 1881, accordait \$15.00 pour un accouchement ordinaire, et \$30.00 pour une version, pour application des forceps, extraction du placenta. Il me semble que le chiffre était assez élevé ; et puis ce tarif n'était pas maculé par l'odieuse distinction entre médecin de ville et médecin de campagne.

À sa séance du mois d'octobre, 1859, le *Bureau Médical Provincial* adoptait un tarif pour notre gouverneur, dans lequel on voit \$10.00 pour accouchement pendant la nuit, \$10.00 pour extraction du placenta, et \$20.00 pour accouchement avec instrument ou version.

Que c'est donc changé depuis !

Dr L. A. FORTIER.

(à suivre)

Douleur. Sa valeur symptomatique dans la grossesse estopique.

Coe (Med. News) résume ainsi un article, sur ce sujet, une douleur, non accompagnée d'une histoire claire d'irrégularité menstruelle, de symptômes de grossesse et de la présence d'une tumeur située sur lieu des côtés de la matrice, ou dans le cul-de-sac de Douglas, tumeur de date récente, est pathognomonique de grossesse extra-utérine seulement à condition qu'elle soit aiguë (comme une colique), bien localisée à un des côtés de la matrice, accompagnée de faiblesse plus ou moins marquée, et de périodes de rémission plus ou moins complète durant des heures, voir même des jours. Le pouls est

plus rapide pendant l'attaque, mais la température est normale, symptôme important pour différencier une grossesse estopique d'un état simplement inflammatoire.

La douleur violente de la rupture intra-péritonéale s'accompagne de signes non trompeurs de l'hémorragie interne. Dans la rupture intra-péritonéale la gravité des symptômes varie suivant l'abondance de l'hémorragie, mais tout rentre bientôt dans le calme, pour faire place ensuite aux signes de compression, causée par la présence, dans le ligament large, d'une masse qui déplace les organes pelviens. Une douleur continue, à la suite d'une attaque aiguë peut indiquer une péritonite localisée.

La position de Trendelenbourg.

Il faut être sur ses gardes quand on place un obèse dans la position de Trendelenbourg. Le contenu abdominal, surchargé de graisse, plus lourd qu'à l'ordinaire, presse alors sur le diaphragme et gêne la respiration.

(Internat. Jour. Surgery)

Reaction de Williamson.

Le diagnostic du diabète, par la réaction de Williamson est appelé à rendre de grands services dans les cas de coma lorsque la vessie est vide. Cette méthode aurait même une valeur médico-légale pour déterminer la cause de la mort dans certains cas douteux, puisque la réaction a été positive dans un cas, seize heures après la mort.

(Medecal Record)

BIBLIOGRAPHIE

VIe fascicule de Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

FORMULAIRE

Sel d'epsom.

Le sel d'epsom administré de la manière suivante serait très acceptable.

Sulfate de magnésium..... 15 grammes.
Acide fulfurique (*dil*)..... 2 mi
Sirop de citron..... 14 grammes.
Eau distillée..... 60 —

Pour une dose.

(Med. Summary)

Revue des journaux

CHIRURGIE

Les interventions sanglantes dans les rétrécissements de l'urètre

(Congrès international de Paris.)

M. Réginald Harrison (de Londres). — Les conclusions déduites de l'examen des interventions sanglantes, détaillées par l'auteur dans son rapport, se résument comme il suit :

1° Qu'il importe de montrer que, dans les rétrécissements péri-urétraux de l'urètre postérieur, les effets de division, ainsi qu'ils se pratiquent dans les opérations de Perrève et Holt, peuvent être limités à la rupture des bandes de tissus fibreux de la sous-muqueuse de l'urètre, alors que la membrane muqueuse elle-même peut échapper à toute lésion ou déchirure et être entièrement ramenée par élargissement à ses dimensions normales. En ce cas on peut obtenir de vrais résultats. Mais dans les cas où la membrane muqueuse est elle-même le siège des lésions et fait corps avec le rétrécissement, elle est inévitablement rompue et déchirée, à la suite d'une dilatation forcée. Les lésions pathologiques de ces traumatismes de l'urètre peuvent alors être assimilées à celles qui succèdent aux violences extérieures survenant accidentellement et qui sont suivies de rétrécissements très serrés et récidivants ;

2° Qu'il importe de montrer que, lorsque toute l'épaisseur d'un rétrécissement peut être comprise dans les limites d'une incision de moyenne dimension faite avec l'urétromie interne, le calibre normal de l'urètre peut être rétabli d'une façon complète et permanente. D'où il suit que l'on peut conclure que toutes les fibres contractiles constituant le rétrécissement sont dissociées au moment de l'opération et de plus que la guérison est définitive.

Il est également important de montrer que l'absence de récidive, en de telles circonstances, ne dépend pas nécessairement de l'usage d'une bougie, quoique son emploi soit une mesure de précaution qui devrait être invariablement recommandée ;

3° Que, dans le cas de rétrécissements multiples et de rétrécissements de dimensions considérables de l'urètre postérieur, traités dans leur longueur ou leur épaisseur par une incision interne de dimensions correspondantes, en dehors de toute autre considération, la tendance à leur reconstitution et à leur récidive par réapparition du tissu cicatriciel est fréquente, ceci étant probablement dû aux circonstances suivantes lesquelles la guérison se fait dans les plaies de cette dimension et ainsi situées ;

4° Que les lésions de l'urètre démontrent de diffé-

rentes façons les effets toxiques que l'urine non isolée et confinée est capable d'exercer à la fois sur l'organisme tout entier et sur les tissus en contact constant avec elle ; que le danger de semblables effets est considérablement diminué lorsque le drainage rend impossible cette stagnation de l'urine ;

5° Que, dans les rétrécissements récidivants préalablement traités par incision, et dans les rétrécissements primitifs d'une longueur et d'une extension considérables, il faut recourir à la section interne de dimension correspondante. Comme il pourrait y avoir doute, il serait donc prudent de les enlever de cette façon. Pour l'indication de l'opération et de ses résultats, de telles plaies pourraient être faites en tenant compte des principes chirurgicaux qui se rapportent à la section des rétrécissements ;

6° Qu'il est important de démontrer que la tendance à la recontraction et à la récidive du rétrécissement après l'urétrotomie interne est considérablement diminuée par l'emploi simultané du drainage systématique et, toujours efficace, combiné à l'urétrotomie externe ou à la ponction périnéale.

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

L'action thérapeutique de grandes doses d'huile d'olive dans les sténoses organiques et spastiques du pylore et du duodéum ainsi que de leurs suites (Gastroectasie)

par le Dr PAUL COHNHEIM (Berlin)

(Congrès international de Paris.)

En me basant sur mes observations et mes expériences quant à l'action de grandes doses d'huile dans les sténoses pyloriques et duodénales et leurs suites (gastroectasie, spasme), expériences que j'ai faites dans le courant de cette année, je me crois en droit de tirer les conséquences suivantes :

1. Des cas de gastroectasie, qui ne sont pas provoqués par un obstacle organique mais par un spasme du pylore, à la suite d'un ulcère ou d'une fissure à l'orifice de l'estomac, sont guéris ou notablement améliorés, en peu de temps, par l'infusion de grandes doses d'huile (100—250 g. par jour).

2. De même des cas de sténose pylorique ou duodénale, de nature cicatricielle, accompagnés d'une gastroectasie secondaire, guérissent relativement par l'emploi méthodique de grandes doses d'huile, c'est-à-dire les malades ne ressentent aucun malaise à condition qu'ils évitent tout excès. Dans ces cas-ci la résistance causée par le frottement est diminuée par l'effet mécanique de l'huile.

3. Des cas d'une sténose relative du pylore et du duodénum, qui se caractérisent par une sécrétion continue et un spasme pylorique, après les repas principaux, s'améliorent ou guérissent totalement par l'huile.

4. Il est bon de prendre l'huile ou de la donner par la sonde, pendant un temps plus ou moins long, trois fois par jour, à la dose de 50 cm³, une heure avant le repas. Si pour des raisons extérieures cette méthode est impraticable, on donne une fois par jour, dans l'estomac vide, l'huile portée à la température du corps, à la dose de 100—150 cm³.

5. L'emploi de l'huile répond à trois indications : rompre le spasme, diminuer le frottement et relever la nutrition puisque l'huile, même dans les cas de sténose très prononcée, arrive dans le petit intestin et y est résorbée.

6. L'huile agit sur le spasme, en cas d'ulcère, comme un narcotique ; elle n'a aucune action secondaire désagréable à condition qu'elle soit pure : elle ne provoque ni renvois ni diarrhées ; les malades la prennent volontiers.

7. Nous n'avons pu jusqu'ici obtenir aucun effet favorable de l'huile dans les cas de crampe de l'estomac de nature purement nerveuse, d'où découle un élément de diagnostic différentiel au point de vue des spasmes nerveux et organiques.

8. A l'aide de la cure à l'huile on arrive à améliorer nombre de sténoses du pylore avec une gastrectasie consécutive, si bien qu'une intervention chirurgicale devient superflue. Il serait donc souhaitable d'essayer la cure à l'huile dans les cas de sténose du pylore, avant d'intervenir chirurgicalement.

L'huile de croton.

A. K. Bond, dans le "Therapeutic Gazette", dit que ce médicament est ordinairement employé comme dernière ressource dans les cas désespérés. Il est ordinairement décrit comme "un violent drastique et un hydragogue, pouvant produire de l'érythème, même quand il est pris à l'intérieur."

Le Dr Bond a administré fréquemment l'huile de croton dans les dix dernières années, et ce médicament a pris une place dans sa pratique qu'aucun autre ne peut remplir.

Les préjugés contre ce médicament sont dus, en grande partie, à une erreur de dosage. L'impression que laissent les ouvrages de thérapeutique, c'est qu'on doit donner $\frac{1}{2}$ à 1 goutte. Il trouve que ceci est trop, $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{8}$ de goutte étant suffisant pour obtenir une bonne action purgative. A cette dose l'huile de croton devient un laxatif agréable et doux. A la dose de 1 goutte elle peut agir comme un violent poison déprimant.

RHEAUME.

Maladies nerveuses

Reflexes cutanés et reflexes tendineux.

(Congrès international de Paris).

M. Van Gehuchten (de Louvain) fait ressortir l'indépendance absolue des réflexes cutanés vis-à-vis des réflexes tendineux : les réflexes tendineux peuvent être abolis alors que les réflexes cutanés persistent avec leurs caractères normaux ; les réflexes cutanés peuvent être abolis alors que tous les réflexes tendineux sont exagérés. Il expose ses anciennes opinions sur les conditions anatomiques nécessaires à la production des réflexes cutanés ou tendineux et ses recherches nouvelles qui le portent à considérer le noyau rouge comme un centre réflexe important. Il montre que les centres nerveux supérieurs réagissent sur les cellules motrices de la corne antérieure de la moelle par deux voies nettement distinctes : la voie cortico-spinale et la voie rubro-spinale. Ces deux voies descendent dans le cordon latéral de la moelle épinière, où elles sont formées toutes les deux de fibres croisées. Dans le tabes spasmodique, dans la paraplégie spasmodique due à une compression médullaire, il y a interruption des fibres cortico-spinales et intégrité relative des fibres rubro-spinales : or c'est précisément dans ces deux états que l'on observe l'exagération des réflexes tendineux et l'abolition des réflexes cutanés. Les réflexes cutanés seraient liés à l'intégrité de la voie cortico-spinale et les réflexes tendineux à l'intégrité de la voie rubro-spinale. Les premiers auraient une origine corticale. Les seconds seraient d'origine mésencéphalique.

De l'étude des réflexes cutanés et tendineux découle une autre conséquence : la lésion des fibres cortico-spinales entraîne l'abolition complète du réflexe abdominal et du réflexe crémastérien ; pour le réflexe plantaire il n'en est pas ainsi ; le frôlement de la plante du pied n'amène plus la flexion des orteils, mais l'extension du gros orteil. M. Van Gehuchten ne voit pas là, avec Babinski, une perturbation du réflexe plantaire normal ; pour lui, le réflexe plantaire a disparu comme le réflexe crémastérien et l'abdominal, le phénomène des orteils ou réflexes de Babinski est quelque chose de tout à fait nouveau ; c'est incontestablement un réflexe cutané, mais ce n'est pas un réflexe plantaire ; il ne se produit pas exclusivement par l'excitation de la plante du pied ; il est un phénomène témoin de l'activité réflexe exagérée du tronçon inférieur de la moelle lésée. Mais cette exagération dans l'activité réflexe de la moelle ne s'applique pas aux réflexes physiologiques ; elle donne naissance à des réflexes nouveaux, de nature pathologique.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Appendicite et Hystérie

par AUGUSTIN DUBOIS (Thèse de Paris 1900)

Les accidents hystériques au cours de l'appendicite et les accidents hystériques simulant l'appendicite forment deux catégories de faits d'une grande fréquence. Dans la première, au cours d'accidents appendiculaires légers chez un hystérique, se développent des accidents péritonéaux, alors que la séreuse est demeurée intacte, comme le démontre l'opération : c'est le *péritonisme d'origine appendiculaire*.

Dans la deuxième catégorie de faits, les symptômes simulent l'appendicite alors que l'appendicite n'existe pas. Un examen très attentif permet seul de déceler la *pseudo appendicite hystérique* : la douleur est due à une névralgie de la XII^e paire rachidienne du côté droit ou à un point ovarien ; dans ce dernier cas son siège précis n'est pas le point de Mac Burney ; on trouvera aussi, dans ces cas, des stigmates hystériques ; hémianesthésie, rétrécissement visuel, points hystérogènes, etc.

Il peut aussi se faire que le syndrome appendiculaire soit réalisé sans qu'il y ait névralgie au point ovarien ; l'appendice semble être lui-même le siège de la joue hystérogène ; il y a *appendicite hystérique*.

Enfin la crainte de l'appendicite fait engendrer une véritable *phobie* ; et les moindres troubles gastro-intestinaux sont alors rapportés par le malade à l'appendicite.

(Rev. neurol.)

La Psychose hallucinatoire aiguë

par F. FARMANIER (Thèse de Paris, 1899)

Farmanier décrit ces affections mentales où l'agent pathogène manifeste son influence tout d'abord par la production d'hallucinations, sans que la conscience du sujet ni son état d'esprit soient sensiblement troublés. La connaissance de ces délires hallucinatoires est ancienne ; mais ils ont été confondus avec les paranoïas, la mélancolie avec hallucinations, les délirés des dégénérés ; ils font bien partie de ces derniers, mais ils ont droit à une place spéciale sous le nom de *psychose hallucinatoire aiguë*. Leurs caractères sont la prédisposition acquise ou héréditaire, la symptomatologie réduite parfois à des troubles hallucinatoires, le pronostic favorable, l'évolution aiguë. Au point de vue clinique, le symptôme capital de cette affection est l'apparition, dans une conscience jusque là normale, d'hallucinations multiples, de tous les sens, mais plus fréquentes dans la sphère auditive, entraînant à leur suite un délire à systématisation nulle ou, du moins, très imparfaite où les idées de grandeur, de persécution, mystiques, hypochondriaques, etc, s'entremêlent sans ordre, au gré des hallucinations. Il existe parfois un certain degré de confusion mentale, mais épisodique et secondaire.

La cause est l'état de faiblesse initiale du cerveau parfois héréditaire, souvent acquise à la suite d'infections graves ou d'intoxications prolongées. Cette psychose est ainsi *d'origine* mais non de *nature* toxique. Le diagnostic est à faire avec la manie, la mélancolie, la confusion mentale primitive, les délires toxiques ou névrosiques, la paranoïa aiguë, les délires systématisés chroniques des dégénérés, le délire chronique. Le pronostic est le plus souvent favorable. Le traitement a pour base l'internement et, en outre, l'emploi systématique de l'alitement et de la suralimentation.

(Rev. neurol.)

PEDIATRIE**Les terreurs nocturnes de l'enfant.**

par M. BEYRAND.

L'accès de terreur nocturne étudié par M. Beyrand se manifeste dans les premières heures du sommeil. L'anxiété paroxystique, la sensation d'étouffement, en est le caractère essentiel, il s'agit comme c'est le cas le plus fréquent, d'un sujet non atteint de névrose confirmée ou de maladie cérébrale. Les auteurs ont exagéré l'importance des causes invoquées, troubles gastro-intestinaux, dermatoses, végétations adénoïdes, etc. Elles n'agissent que sur un état morbide préétabli, elles mettent en valeur par voie circulatoire, ou réflexe ou toxique, une irritation psycho-sensorielle héréditaire.

Les terreurs nocturnes se rencontrent isolées ou associées à des délires dans un certain nombre d'affections, de maladies infectieuses à la période de début et à la convalescence.

La cause occasionnelle, déterminante, vient sur un terrain préparé par l'hérédité, et ensemencé par les suggestions de la peur, faire naître l'accès de terreur nocturne.

C'est l'hérédité alcoolique qu'on rencontre surtout. Elle est quelquefois signalée par de l'irritabilité, de l'émotivité, du déséquilibre ou des troubles nerveux graves. On doit la rechercher avec soin.

Dans les névroses systématisées les peurs nocturnes se rencontrent comme symptôme surtout au début.

Le traitement doit combattre surtout la cause apparente, gastro-entérite, vers intestinaux, dentition, végétation adénoïdes.

Il comporte aussi :

Une hygiène physique et une hygiène morale et intellectuelle.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

De l'albuminurie cyclique des adolescents.

par le Dr H. DAUCHEZ (de Paris).

(Congrès international de Paris)

L'auteur rapporte deux cas d'albuminurie cyclique chez des adolescents et montre que cette affection peut se rattacher tantôt à un état diathésique, la goutte en particulier, tantôt à une cause infectieuse (la fièvre typhoïde par exemple).

Il y a donc lieu de distinguer ces deux variétés, dont la première est rejetée du cadre des néphrites par le Dr Labadie-Lagrave. Cet auteur invoque à l'appui de son opinion : la périodicité systématique, l'absence de troubles généraux, de cylindres urinaire, la conservation de l'urotoxie, la guérison constante sans régime spécial.

La seconde, liée à un état infectieux (fièvre typhoïde, amygdalite), est souvent précédée d'hématuries, puis d'albuminurie cyclique, assez souvent orthostatique.

Le Dr H. Dauchez étudie plus spécialement la première de ces formes et résume de la façon suivante sa première observation personnelle :

1° Albuminurie toujours vespérale en décembre 1898, et, pendant les cinq premiers mois de 1899, sauf en avril 1899 — influencée au début par le régime lacté. — Le sujet, âgé de 14 ans, de souche manifestement goutteuse, arthritique et diabétique, fut soulagé très rapidement par le régime lacté, de crises urémiques, de gastralgie et de dyspnée.

2° L'albuminurie vespérale a reparu très nettement et très périodiquement pendant six ou huit mois, aux époques menstruelles, coïncidant quelques fois avec des marches exagérées, sans relation avec la station verticale, indépendante des influences atmosphériques.

3° Le régime, à partir du deuxième mois, n'a plus eu aucune influence.

4° Les affections fébriles intercurrentes ont rappelé très nettement, mais très passagèrement l'albuminurie.

5° Celle-ci, non rétractile, a paru liée à la profusion des leucocytes trouvés dans les urines. Celles-ci renfermaient aussi des débris épithéliaux, des cristaux d'oxalate d'urée, mais pas de cylindres, et le rein resta toujours perméable au bleu de méthylène.

6° La malade guérit à la fin du dixième mois, mais elle refait tous les mois une décharge d'albuminurie vespérale sans cause appréciable, variant de 0,50 à 3 gr. d'albuminurie. Elle a passé quatre mois sans albuminurie.

7° L'arthritisme, la goutte, la fluxion menstruelle, l'adolescence prédisposent à cette fluxion rénale, sans fièvre. Les pyraxies la rappellent — la grossesse pourrait la réveiller. — Sans une hygiène très sévère, très prolongée, absolument nécessaire pour la guérison, le mariage ne doit pas être conseillé.

Le Dr H. Dauchez se demande d'où viennent les divergences des auteurs. Lecorche, Talamon, admettent la néphrite ; Rendu, une néphrite partielle ; Labadie-

Lagrave, si compétent, la qualifie de pseudo-néphrite, absolument liée à la croissance.

Le Dr H. Dauchez pense que l'albuminurie cyclique est très souvent méconnue — qu'elle n'est au début qu'un trouble fonctionnel — qu'en la méconnaissant on la transforme en néphrite avec uricémie.

Dans tous les cas, cette variété d'albuminurie cyclique doit être considérée au début comme un type à part et il faut lui réserver cette dénomination et rejeter celle d'albuminurie intermittente, caractère propre à toutes les néphrites banales en voie de guérison.

Contagion et prophylaxie de la tuberculose infantile.

par M. A. D'ESPINE (de Paris).

(Congrès international de Paris)

CONTAGION. — La tuberculose infantile est une affection parasitaire acquise par contagion chez l'enfant comme chez l'adulte. On doit faire abstraction dans la pratique des cas exceptionnels de tuberculose congénitale, dus à la transmission héréditaire du bacille de Koch par effraction placentaire.

La source de la contagion doit être cherchée, dans l'immense majorité des cas, dans les crachats humides ou desséchés de tuberculeux adultes, les enfants crachant exceptionnellement et pouvant être considérés comme peu dangereux au point de vue de la dissémination du germe. La tuberculose infantile s'acquiert presque toujours par inhalation.

Une seconde source de contagion tuberculeuse est le lait cru des vaches, beaucoup plus rarement de chèvres tuberculeuses, principalement de celles atteintes de tuberculose mammaire. Cette infection par ingestion joue un rôle plus important chez l'enfant en bas âge que dans la seconde enfance, et surtout que chez l'adulte ; on en a néanmoins exagéré la fréquence, puisque chez l'enfant les ganglions bronchiques sont habituellement les premiers organes atteints.

Dans la première enfance (de 0 à 2 ans), les baisers de mères ou de bonnes phthisiques paraissent être le mode de transmission habituel. Cette contagion directe peut même dans certains cas déterminer, par aspiration bronchique de la salive bacillifère, des lésions destructives étendues des poumons, ce qui prouve que la rareté de la tuberculose dans la première année est plutôt due à la rareté de la contagion qu'à une immunité de l'enfant à cet âge.

Chez le petit enfant (de 2 à 5 ou 6 ans,) la tuberculose augmente beaucoup de fréquence et a comme point de départ ordinaire les ganglions bronchiques, d'où elle peut gagner le poumon par contiguïté (tuberculose du hile du poumon), ou le reste de l'économie par voie embolique (les méninges et la moelle osseuse en particulier). L'infection peut aussi rester localisée aux gan-

glions bronchiques, et ne se manifester que plus tard, sous l'influence de maladies tuberculisantes, telles que la grippe, la rougeole ou la coqueluche.

La grande fréquence de l'infection tuberculeuse de 2 à 5 ans s'explique par le penchant qu'ont les enfants de cet âge de tout porter à la bouche, et en particulier leurs doigts qui peuvent être souillés par des poussières bacillifères. Ils vivent à terre, et sont exposés ainsi plus qu'à un autre âge à la contagion.

A partir de 6 ans jusqu'à la puberté, la tuberculose diminue de fréquence, et ses manifestations à cet âge remontent souvent à une contagion antérieure.

Le danger de contagion à l'école est réel, mais on l'a exagéré, à notre avis.

Il existe néanmoins, comme le prouvent certains exemples, quand il y a agglomération d'enfants dans des locaux exigus, et insuffisamment aérés sous la direction de maîtres atteints de tuberculose ouverte.

La tuberculisation par inoculation cutanée, toujours exceptionnelle, l'est moins chez l'enfant que chez l'adulte, comme le prouve le début habituel du lupus avant 15 ans.

La voie de pénétration du bacille de Koch n'est pas encore complètement élucidée pour la tuberculose chirurgicale, osseuse ou ganglionnaire. Si, dans la majorité des cas, elle est secondaire et consécutive à une tuberculisation des ganglions bronchiques, on ne peut nier que, dans d'autres cas, l'adénite tuberculeuse ne soit, comme la pléiade ganglionnaire dans la syphilis, le témoin de l'inoculation bacillaire, qui peut se perdre à travers la muqueuse bucco-pharyngée (amygdale, dent caréé,) ou à travers la peau dénudée, etc. (eczéma, gercure, plaie, etc.).

La prédisposition héréditaire joue un rôle incontestable dans la production de la tuberculose chez l'enfant, et favorise dans une large mesure la contagion familiale. C'est donc avant tout aux enfants de tuberculeux que doivent s'appliquer les mesures prophylactiques.

PROPHYLAXIE. — Les mesures de prophylaxie contre la tuberculose infantile doivent avoir pour but : 1° d'empêcher la contagion ; 2° de diminuer la réceptivité de l'organisme infantile en fortifiant sa résistance vitale.

A) *Empêcher la contagion.* — Ne donner aux enfants que du lait bouilli ou le lait cru de vaches saines, reconnues comme telles, par l'épreuve de tuberculine.

Exiger que les nourrices et les bonnes chargées d'élever les enfants soient exemptes de tuberculose.

Si la mère est phthisique, il faut élever l'enfant au sein d'une nourrice saine et éviter, autant que possible, tout contact dangereux avec la mère.

Dans un milieu familial tuberculeux, il faut obtenir l'observation des règles prophylactiques générales, recommandées par l'Académie de médecine, et en particulier l'usage de crachoirs spéciaux pour les phthisiques, la proscription absolue du balayage des chambres, qui

doit être remplacé par le lavage à la serpillière mouillée avec un liquide désinfectant.

A l'école, il faut obtenir des pouvoirs publics l'interdiction des fonctions d'instituteur ou d'institutrice à toute personne atteinte de phthisie et l'éloignement des enfants tuberculeux.

B) *Diminuer la réceptivité de l'enfant pour la tuberculose.* — Créer des asiles ruraux pour les enfants pauvres des villes, de constitution chétive ou convalescents de maladies aiguës.

Développer l'œuvre des colonies de vacances pour les écoliers.

Combattre la prédisposition à la tuberculose ou les premières manifestations par l'envoi des enfants dans des *Sanatoria* de montagne (cure d'altitude) ou au bord de la mer (cure maritime).

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Pathologie interne

600 cas d'entéro-colite muco-membraneuse

(Congrès international de Paris).

M. de Langenhagen (de Plombières), s'appuyant sur 600 observations relevées par lui d'entéro-colite muco-membraneuse a cherché à élucider à l'aide de cette statistique un certain nombre de points encore discutés que comporte l'étude de cette maladie. Alors qu'il existe des relations étroites entre l'entéro-colite et la diathèse neuro-arthritique, l'importance des métrites et des annexites en tant que facteurs étiologiques doit au contraire être réduite à la valeur d'une simple cause provocatrice.

Au point de vue de la symptomatologie de l'affection, l'auteur insiste sur l'existence, à côté de la forme constipée, qui constitue l'immense majorité des cas, d'une forme purement et constamment diarrhéique, et qu'il a rencontrée 32 fois sur 600 cas.

Des trois signes fondamentaux de l'entéro-colite muco-membraneuse (présence de glaires et de membranes dans les selles, irrégularité du fonctionnement intestinal, douleur) les phénomènes douloureux sont les moins constants puisqu'ils font défaut dans un cinquième des cas.

Quant à la lithiase intestinale, elle ne saurait être considérée que comme une simple complication de l'entéro-colite. Alors en effet qu'elle n'a été constatée par l'auteur que 9 fois sur 100, il n'a jamais été publié de cas de lithiase sans colite concomitante. La lithiase intestinale ne peut donc être envisagée comme une affection autonome, mais doit être considérée comme un épiphénomène de l'entéro-colite muco-membraneuse.

La contracture du colon pelvien et l'entérite muco-membraneuse.

Dr JULES GEOFFROY.

(Congrès international de Paris).

Le spasme et la contracture du tube digestif sont depuis plusieurs années l'objet d'études spéciales de la part du Dr Jules Geoffroy.

Il les a décrites d'une façon très précise, dès 1897, au Congrès de Bordeaux, dans la *Clinique Française* en 1896, et enfin, dans un mémoire publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* en 1897; puis il a donné une première application pratique de cette notion nouvelle de la contracture dans une étude sur la pathogénie et le traitement des vomissements incrochables de la grossesse (Moscou, 1897).

C'est le problème si complexe de l'entérite glaireuse, auquel il s'est attaqué cette fois, et il apporte au Congrès de Paris d'importants résultats de ses recherches.

Pour le Dr Jules Geoffroy, la présence de mottes, glaires, muco-membraneuses dans les selles, est l'effet et le signe d'un spasme ou d'une contracture spécialement localisée d'abord à l'anse ilio-pelvienne du côlon. Cette contracture peut, par le développement de la maladie, s'étendre en bas, au rectum, en haut, au côlon transverse; et même produire une contracture réflexe et aussi toujours partielle, des différentes portions du duodénum et des angles qui les unissent, enfin du pyllore et de l'estomac.

On comprend que cette localisation de la contracture devienne alors la source d'une foule d'erreurs de diagnostic impossibles à éviter, si on ne connaît pas bien la marche de cette singulière affection. Les malades accusent avant tout des souffrances à l'estomac leur cause une constipation opiniâtre ou quelques crises de coliques. Appliquée suivant leurs indications erronées, la thérapeutique ne peut soulager leurs souffrances, puisque celles-ci ne sont elles-mêmes qu'une répercussion d'un état primitif de contracture intestinale, état auquel il faut s'attaquer d'abord et directement.

La contracture de l'intestin se révèle à la palpation prolongée sous forme d'indurations, de boules, de bosses lures dont la constatation est très nette, qui sont ou très douloureuses ou au moins sensibles à la main, et dont la pression systématique réveille les malaises ou les douleurs habituelles des malades. Quand on constate qu'elles siègent sur le trajet du côlon pelvien, soit dans la fosse iliaque gauche, soit dans la fosse iliaque droite, on peut affirmer l'existence de l'entérite muco-membraneuse.

Leur existence précède les crises de cette maladie et elles leur survivent, de sorte que le diagnostic est possible à tout moment de la maladie, même en dehors des crises et sans aucun examen préalable des selles qui ne fournissent, en général, que des renseignements essentiellement passagers et inconstants.

Le Dr Jules Geoffroy décrit ensuite les différentes formes que revêtent ces contractures partielles suivant leur ancienneté et leur intensité; puis il passe à l'examen des causes qui peuvent amener la contracture de l'anse pelvienne du côlon et l'entérite muco-membraneuse.

Comme cause générale, l'auteur admet en première ligne la constitution neuro-arthritique, le nervosisme et l'hystérie; la présence de tumeurs ou d'organes malades ou simplement irritables dans le voisinage immédiat de l'anse pelvienne est une cause occasionnelle sur laquelle bien des gynécologues ont déjà, avec raison, appelé l'attention. Les excès, les fatigues, les chagrins, le surmenage physique et moral, le défaut de soins et d'hygiène dans l'alimentation chez les adultes, le défaut d'appropriation de l'aliment en qualité et en quantité avec l'état de l'intestin chez les jeunes enfants, enfin, le refroidissement sont encore les causes les plus fréquentes de cette affection, mais elles agissent surtout et rapidement chez les sujets prédisposés par une hérédité nerveuse et arthritique.

Comme traitement, l'auteur croit d'abord nécessaire de soumettre les malades aux pratiques les plus sévères de l'hygiène et de leur donner un régime approprié à l'état de leurs voies digestives. Ce qu'il recommande avant tout d'éviter, ce sont les aliments, les médicaments ou les traitements qui peuvent amener la moindre excitation du tube digestif. Avec ces moyens on peut à volonté faire naître des crises et avancer le développement de la maladie.

Comme moyen spéciale thérapeutique, le Dr Jules Geoffroy applique à ces malades le *massage vibratoire électrique*, mais cette application doit être faite avec le plus grand soin et la plus grande douceur. Grâce à cette puissante méthode et aidé du régime, on parvient toujours à triompher des cas guérissables et on procure aux autres une amélioration très réelle et très notable.

Deontologie Médicale.

Sur les dommages apportés à la santé publique par les pratiques des magnétiseurs, des sorciers, des hypnotiseurs, des illeurs de pensées, des pseudo-médecins.

par OTTOLENGHI (Sienne).

(Congrès international de Paris).

L'auteur cite des exemples très récents. Il parle de la lutte engagée partout, mais particulièrement en France entre le monde musical et celui des charlatans: il propose enfin qu'on vote des punitions plus graves pour l'exercice illicite de la médecine et pour les cas d'abus

de la crédulité d'autrui, et plus graves encore contre les récidivistes : qu'on adopte des mesures efficaces de police en prohibant le commerce de devineresse, etc., en réservant aux médecins l'usage des pratiques hypnotiques en exerçant une surveillance sanitaire continuelle.

Il invoque enfin une sage prophylaxie, qui consiste dans la vulgarisation des doctrines sur les phénomènes psychiques occultes, dans la plus ample application de la psychothérapie et dans l'action d'une pédagogie scientifique qui puisse augmenter la force du caractère en diminuant le nombre des victimes de la crédulité humaine. M. le Pr Ottolenghi, vient de traiter amplement cet argument dans un livre ; *La suggestione et le facolta psichiche occulte in rapporto alla pratica legale a medico forense*, publié ces jours-ci par Bocca, à Turin (vol. in-8°, p. 712, fr. 15).

Rapports de medecins avec les compagnies d'assurances relativement a la loi " Accidents du travail."

Dr BARBANNEAU [de Pouzauges (Vendée)].

(Congrès international de Paris).

RÉSUMÉ. — Pour nous résumer, nous vous proposons de voter les conclusions suivantes sur les rapports des médecins avec les compagnies d'assurances, relativement aux accidents du travail :

1° En principe, le patron (ou la compagnie) est un client comme un autre, ni plus ni moins. Et même la compagnie, en réalité, n'est rien aux yeux de la loi ; le patron seul est responsable ; à lui seul la note d'honoraires doit être remise, sans tenir compte de ses engagements avec une compagnie que nous ne devons pas connaître ;

2° Dans chaque pays, faire établir, soit par les Syndicats, soit par tout autre association médicale, un tarif d'honoraire suffisamment rémunérateur, pouvant être accepté par tous les médecins et imposé aux patrons, c'est-à-dire aux compagnies. Ce tarif, visant des ouvriers, doit être ni trop exagéré, ni trop amoindri. De plus, dans chaque pays, s'il existe des tarifs différents suivant les contrées, tendre à les unifier ; c'est le moyen d'établir une solide base à toute revendication en justice ;

3° Dans ces tarifs contrairement au système girondin, le prix forfaitaire ne peut pas et ne doit pas s'appliquer, aux visites subséquentes ; il ne touche que les interventions chirurgicales possibles au début et dans le cours du traitement ;

4° En pratique, éviter autant qu'on peut une nomination spéciale par une Compagnie, nomination entraînant toujours une diminution d'honoraires ; déclarer nettement que tous médecins de la même région accep-

tant le même tarif, chaque patron assuré à la liberté du choix de son médecin ;

5° Si, pour des raisons spéciales, on se croit obligé d'accepter le mandat de médecin d'une compagnie, exiger, avant tout autre condition, l'acceptation écrite du tarif adopté ; ce tarif, dont une copie sera remise à chaque compagnie, devra toujours être la condition primordiale de toute entente ;

Dans les pays où il n'existe pas de loi particulière sur les accidents du travail, établir les mêmes tarifs que ci-dessus, et déclarer péremptoirement aux patrons et aux compagnies qu'on leur refusera tous certificats jusqu'à l'acceptation sans restriction de ces tarifs.

HYGIENE.

Sur l'Incineration au Japon.

Dr M. YAMANÉ.

(Congrès international de Paris).

Résumé. — L'incinération au Japon date depuis plusieurs siècles. C'est à Shinshu qu'elle est particulièrement fréquente. Le premier qui a été incinéré était un prêtre du nom " Dosho " en 698 apr. Chr. : ensuite l'impératrice " Dsito " en 700 apr. Chr.

Il y a 234 ans que le premier emplacement pour l'incinération publique a été concédé à Kodsukawara, ensuite on a créé 7 autres emplacements d'incinération à Tokio et ses environs ; l'installation de ces fours crématatoires sont dûs à M. Marooka, et des dessins ci-joint on peut juger de leurs dispositions très ressemblants au système construit par Tiemens, avec la différence près, que les fours crématatoires japonais sont chauffés au bois, tandis qu'à Gotha et ailleurs on emploie le gaz. La crémation du cadavre se fait en 3-4 heures et ne produit ni fumée ni odeur ; à peu près 2/3 des morts de maladies d'infections ou 2/5 de la totalité des morts sont incinérés.

Au point de vue économique, le mode d'incinération présente l'avantage du bon marché, *puisqu'on peut se faire incinérer avec tout le cérémonial pour 27 fr. et pour 3 fr. 85.* L'incinération, comme c'est facile à comprendre, a encore l'avantage très important au point de vue hygiénique, c'est pourquoi aussi l'incinération au Japon prend toujours de plus en plus une très grande extension.

Les lois sanitaires calquées, presque sur le modèle de celles en Europe, modifiées et adaptées aux coutumes et mœurs du pays, sont très rigoureusement et très sévèrement exécutées.

INTERETS PROFESSIONNELS

Le tarif médical.

(Quatrième lettre)

Le médecin de campagne, atteint dans ses sentiments les plus intimes, ne mourra point immobile sous le talon lord du mépris ni sous le baton de maîtres infâmes.

A la campagne il y a des chirurgiens comme à la ville ; mais à la ville comme à la campagne tout médecin n'est pas chirurgien quoiqu'autorisé à pratiquer comme tel. C'est un fait connu de tout le monde, excepté de nos gouverneurs.

Et c'est surtout l'exercice de la chirurgie qui devient la cause du mépris à l'égard du médecin de campagne. Voyons :

	A la ville :	A la campagne :
Ovariectomie,	\$600.00,	\$200.00 ;
Lithotomie,	500.00,	100.00 ;
Trachéotomie,	100.00,	20.00 ;
Cataracte,	250.00,	50.00 ;
Hernie étranglée,	500.00,	50.00 ;
Fracture de la cuisse,	50.00,	15.00 ;
Dislocation de la cuisse,	100.00,	40.00 ;

Et ainsi de suite jusqu'aux petites opérations pour lesquelles on accorde \$25.00 à la ville et \$10.00 à la campagne !!!

En face de ces chiffres révoltants, le médecin de campagne doit dire tout haut à nos gouverneurs : " L'aubus est une puissance odieuse ; notre profession, pleine de soucis et de responsabilités, mais vide d'espérances, ne tolérera jamais le joug néfaste qui pèse aujourd'hui sur elle ; c'est un tarif qui assure à nos confrères de la ville la jouissance des délices de la table et des parfums, et à nous la perspective d'un vague parfum d'ail et de sauce quelconque. Mordus par l'impertinence grossière de nos gouverneurs, nous voilà plongés dans le trouble de l'indignation, anéantis, pétris dans le malheur et réduits à manger un pain trempé dans les larmes de la colère. Mais nous devons rester toujours fidèles à notre drapeau, le drapeau noir du devoir dans les plis duquel on nous ordonne d'aimer notre semblable plus que soi-même ; c'est là le secret de tout ce qui est grand ; et savoir vivre en dehors de sa personne, là est le but de tout instinct généreux."

Mais la médecine et la chirurgie à la ville, ne seraient-elles qu'un trafic entre nos confrères choyés ? Car le tarif médical les autorise à dire :

Venez à nous, les piastres !

Et les chefs de famille, ébahis, commencent à chuchoter :

Ce n'est pas un texte de l'Évangile.

Méfiez-vous, confrère de la ville : notre population, toujours habilement exploitée, vous regardera en face, ne voyant en vous qu'un sinistre rûdeur autour du che-

vet, *quaerans quem devoret*. Epouvantés par le chiffre colossal du tarif médical, les patients vous tourneront le dos pour aller patanger dans le borbier des préjugés et de la superstition. Et quel est le médecin qui devra soutenir que ce borbier n'est pas également funeste aux intérêts professionnels, à la médecine comme à la chirurgie ? Feuillotez Primrose, Brown, Zimmermann, Fissot, Richeram et Lebrun, vous vous convaincrez que la grande majorité des erreurs signalées par Joubert, il y a déjà plus de 200 ans, nargue notre profession, assise effrontément sur les volumes qui les attaquent et charmant la foule qui veut être trompée. Ce tarif monstrueux restituera une nouvelle popularité à Saint-Liboire, l'avocat réputé puissant contre les calculs de la vessie. Un malheureux porteur de calcul vésical s'adressera à Saint-Liboire avant de consentir à déboursier \$500.00 pour la lithotomie, à moins qu'il se décide à frapper à la porte d'un médecin de campagne qui l'opèrera à bien meilleure condition ; mais il hésitera, car le médecin de campagne est inévitablement moins habile que son confrère de la ville, le tarif médical le considérant comme tel par le chiffre de l'honoraire.

Et quelle aubaine pour les rhabilleurs qui ont carte blanche dans notre province !

Je me rappelle d'avoir signalé à l'attention du Bureau des gouverneurs, en 1895, le malheur d'une victime des préjugés populaires : un pauvre cultivateur de Sainte-Agathe-des-Monts, William Lafleur, qui s'était fracturé une jambe dans les chantiers du lac Ouareau, et qui s'était fait traiter par un personnage de renommée dans la paroisse de Saint-Donat, comté de Montcalm.

Et qu'a fait le Bureau des gouverneurs ?

Rien, absolument rien !

Incroyable ?

On dirait que le dit Bureau a reçu la mission de faire de son mieux pour mériter notre haine et nos anathèmes.

Et puis, quel crime a commis la population de nos villes pour entraîner le Bureau des gouverneurs à conspirer contre le budget de l'humanité souffrante avec un tarif aussi monstrueux, véritable cratère d'injustices ? Si quelques unes de nos villes possèdent des familles riches, il ne faut pas oublier que l'immense majorité de la population de nos villes est composée de gens luttant rudement pour le pain quotidien ; et c'est sur le foyer domestique de la classe ouvrière, des gens en besoin, que s'étend le tarif, comme une immense toile d'araignée fabriquée par la cupidité.

Et cet impôt médical aura pour conséquence inévitable de rendre le médecin méprisable, méprisé, isolé, gaspillant son temps à sonner le grelot de la blague et allumer les pétards du charlatanisme, tout en s'enlizant dans l'insignifiance.

Ce sera le chef-d'œuvre de nos illustres gouverneurs.

D^r L. A. FORTIER.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

Bruit de frottement pleural et moyens de le produire.

M. Abranye donne trois moyens qui permettent de distinguer le bruit de frottement pleural des bruits pulmonaires.

Le premier est la manœuvre du bras. On fait suspendre au malade sa respiration après une grande inspiration, une inspiration ordinaire, ou la fin de l'expiration. Alors on élève le bras du côté malade en extension sur les côtés de la tête. Pendant ce mouvement on ausculte. Les frottements des feuillettes pariétal et viscéral de la plèvre se font alors en sens inverse de ce qui arrive dans la respiration. Le bruit ainsi produit ne peut venir que de la plèvre. On l'entend mieux quand la respiration est suspendue après une profonde inspiration, moins souvent après une expiration forcée.

Le second moyen consiste dans ce que l'auteur appelle la manœuvre du décubitus. On fait coucher le patient une à deux minutes sur le côté malade, puis on le fait lever rapidement et suspendre sa respiration. On ausculte en disant au malade de respirer profondément. Les bruits pleuraux sont accrus ou se montrent. Il peut cependant y avoir des erreurs avec la crépitation atelectasique, qui peut exister par cette manœuvre chez presque tous les sujets. Mais les chances d'erreurs diminuent si le poumon s'est bien dilaté avant la manœuvre et si le décubitus latéral a été de courte durée. D'ailleurs, avec un peu d'expérience, on arrive facilement à différencier les deux bruits. Ce décubitus a pour action de rapprocher les feuillettes pleuraux.

Le troisième moyen, la pression sur l'espace intercostal, consiste d'abord à lever le bras pour élargir les espaces, puis à placer au point à examiner le bouton du phonendoscope construit de manière à pénétrer juste dans l'espace intercostal.

(*Phil. Med. J. — Gaz. des hôp.*)

CHIRURGIE

Les interventions sanglantes dans les rétrécissements de l'urètre.

(Congrès international de Paris.)

(Suite.)

M. HERBESCO (de Bucarest).—Peu d'opérations ont suscité plus de discussions que celles pratiquées sur les rétrécissements de l'urètre. Et, bien qu'on ne soit pas

d'accord sur la valeur de toutes les interventions, on peut dire que la conduite des chirurgiens est peu variable et qu'il y a plus d'un point, concernant ces opérations, qui soit définitivement acquis.

C'est qu'aujourd'hui nous connaissons mieux l'étiologie, l'anatomie et l'histologie pathologique des rétrécissements, et à la lumière de ces connaissances les indications ont été mieux posées et partant les interventions sont devenues plus efficaces.

L'urétrotomie interne, l'urétrotomie externe et la résection de l'urètre, telles sont les opérations dont nous allons étudier les résultats éloignés.

L'urétrotomie interne a surtout été pratiquée contre les rétrécissements blennorrhagiques.

Des recherches récentes il résulte que, dans l'urètre blennorrhagique, il y a une sclérose plus ou moins totale et que par conséquent la section d'un rétrécissement ne peut donner la guérison définitive.

L'expérimentation sur les animaux concordant en cela avec les observations cliniques ont démontré d'autre part, que la section d'un rétrécissement est destinée à se cicatrifier si l'on ne pratiquait ensuite la dilatation. Il en résulte que la dilatation est le complément indispensable de l'urétrotomie interne. Réduite à ses propres moyens, l'urétrotomie interne, quelles que soient les incisions, superficielles, moyennes ou profondes, est vouée à une récurrence certaine.

Le temps qu'il faut à la récurrence pour se produire est variable et dépend de la manière plus ou moins régulière avec laquelle la dilatation consécutive a été faite. J'ai trouvé que la récurrence était survenue chez un malade 3 semaines après cette opération, chez un autre 4 mois, chez un troisième 6 mois ; chez d'autres enfin 1 an $\frac{1}{2}$, 2 ans, 3 ans. Elle a été observée 30 ans après.

Les 21 résultats éloignés que le professeur Jannesco et les docteurs Léonté et Duma, de Bucarest, ont obligeamment mis à ma disposition concordent avec ceux de mon observation.

L'urétrotomie externe a été préconisée contre les rétrécissements dits infranchissables, ou bien alors lorsque la stricture était compliquée de fistules avec indurations, callosités périnéales.

Certains chirurgiens ont voulu opposer cette opération à l'urétrotomie interne, en soutenant qu'elle guérissait mieux, à tort certainement, puisqu'elles ont des indications différentes. Mais outre qu'elle ne peut être employée contre les rétrécissements blennorrhagiques, qui sont en général multiples, c'est en vain que nous avons cherché de meilleurs résultats en consultant les auteurs, qui ont considéré cette opération préférable à la section interne.— Il est incontestable pourtant qu'elle présente une supériorité évidente sur l'interne, lorsque le périnée est pourvu d'une ou de plusieurs fistules entourées de tissus scléreux, indurés.

Comme à la suite de l'urétrotomie interne la dilatation est indispensable après l'urétrotomie externe pour

le bon fonctionnement de l'urètre. Avec ou sans dilatation la récurrence est survenue et elle n'a pas mis moins de 8 ans dans un cas de Boeckel. Malgré cela Post, Van Buren, Sayre ont observé la guérison persistant 20, 21 et 23 ans après l'urétrotomie externe.

La résection de l'urètre convient aux rétrécissements traumatiques, uniques par conséquent, et lorsqu'ils ne dépassent pas 3 centimètres. La condition essentielle d'une bonne résection de l'urètre suivie de suture est qu'elle ne suppure pas. Sur 15 cas consignés dans la thèse de Noguès, la guérison a été observée de 6 mois à 8 ans. Parmi les plus remarquables sont ceux de Horteloup et de Heussner.

Il nous semble que les conclusions suivantes peuvent être formulées :

1° Aucune des méthodes sanglantes, actuellement connues contre les rétrécissements de l'urètre ne peuvent donner une guérison définitive, hormis la résection de l'urètre dans certains cas déterminés ;

2° L'urétrotomie interne, employée dans les rétrécissements blennorrhagiques, où il y a une sclérose plus ou moins totale de l'urètre, n'est pas une opération définitive ; elle ne fait que faciliter la dilatation ;

Toute urétrotomie interne sans dilatation consécutive est vouée à une récurrence certaine ;

3° Le temps qu'il faut à la récurrence pour se produire est variable, depuis des semaines jusqu'à des dizaines d'années, et dépend de la nature du rétrécissement et de la manière plus ou moins complète, dont la dilatation consécutive s'est effectuée ;

4° L'urétrotomie externe n'obtient pas plus la guérison que l'urétrotomie interne.

La récurrence se produit comme après l'urétrotomie interne ; le temps qu'il faut à la récurrence est de même variable ;

Lorsque le périnée se présente avec des fistules, indurations, callosités, l'urétrotomie externe présente un grand avantage sur l'interne par la libération externe du périnée ;

5° La résection de l'urètre dans certaines conditions déterminées peut donner la guérison définitive : ces conditions sont rares ;

6° Toutes les interventions sanglantes doivent être secondées par une dilatation consécutive persévérante.

(à suivre)

Des névrites post-opératoires ; étiologie et traitement.

par le Dr CHARLES BRUNETIERE.

I. — Toutes les fois que l'on observe chez un opéré des phénomènes de névrite, apparaissant à la suite d'une intervention chirurgicale, on doit tenir compte de ce qui revient au traumatisme opératoire en lui-même, et aux

causes prédisposantes ou adjuvantes qui existent toujours chez ces sujets.

II. — Parmi les causes prédisposantes, il faut citer les causes :

1) Mécaniques (torsion, arrachement, compression, dénudation) produites par le traumatisme même qui a nécessité l'intervention ;

2) Infectieuses locales ou générales (la tuberculose au premier plan, syphilis, cancer...) ;

3) Toxiques (alcoolisme, saturnisme...) ;

4) Enfin les causes névropathiques héréditaires et personnelles (hystérie, épilepsie...).

Toutes ces causes prédisposantes placent le système nerveux dans un état de moindre résistance et peuvent même créer des lésions au début qui évolueront à l'occasion du traumatisme chirurgical.

III. — Parmi les causes adjuvantes, l'infection de la plaie opératoire, son irritation au cours de la seconde intention doivent être mises au premier rang.

IV. — Donc, *a priori*, toute intervention, quel que soit son siège, sa durée, sa gravité, peut être suivie de névrite post-opératoire, toutes les fois qu'elle est pratiquée dans les conditions énumérées plus haut ; mais il est bien certain que les complications névritiques auront plus de chances de se produire, si le chirurgien, intentionnellement ou non, a comprimé les nerfs de la région (bande d'Esmarch, pince hémostatique), s'il les a dénudés (ablation de ganglions cancéreux ou tuberculeux) ou s'il les a irrités par des antiseptiques forts.

V. — D'après cette étiologie on conçoit que le traitement de telles névrites sera surtout prophylactique. Chez les sujets prédisposés, le chirurgien évitera autant que possible dans les manœuvres opératoires tout traumatisme nerveux. De même, il évitera les causes adjuvantes immédiates par une asepsie et un drainage parfaits.

VI. — Le traitement curatif consiste à supprimer la cause de la névrite toutes les fois qu'elle sera accessible (cal osseux exubérant, cicatrice adhérente, moignon conique, ou extrémités osseuses dénudées).

Lorsqu'il s'agit d'une névrite par irritation ou par infection, on se hâtera de modifier les conditions du pansement en assurant au maximum l'asepsie de la plaie, sans employer pourtant de substances irritantes ou d'antiseptiques forts. Si la plaie est longue à se réunir, on soustraira les bourgeons douloureux aux actions irritantes extérieures, en pratiquant des greffes, dans les conditions favorables, pour oblitérer la perte de substance des téguments.

Lorsque ces moyens indirects ne suppriment pas les douleurs et les autres troubles névritiques, il faudra s'attaquer aux nerfs lésés, soit par l'élongation qui est de peu de valeur, soit par la névrectomie ou mieux par la névrectomie pratiquée au-dessus de la région douloureuse, de façon à dépasser si possible le point du nerf malade. Mais on doit savoir que la névrectomie n'est pas

toujours radicale, car l'extension des lésions le long du nerf est souvent insidieuse, et on s'exposerait trop souvent inutilement à créer des troubles fonctionnels graves dans le membre ainsi énérvé, sans avoir supprimé la cause de la névrite.

VII. — Pour les mêmes raisons, l'amputation du membre ne doit être pratiquée qu'à bon escient et en dernière ressource.

VIII. — Il est superflu d'ajouter que toute tentative de traitement chirurgical sera précédée et accompagnée de l'administration des calmants, des nervins, des toniques. Ces médicaments, qui peuvent parfois compléter une guérison commencée par la seconde intervention chirurgicale, rendront dans tous les cas moins intolérable au patient l'évolution prolongée de ses lésions.

(Lyon méd.)

THERAPEUTIQUE

Du traitement des douleurs thoraciques chez les tuberculeux pulmonaires.

par M. le Dr CHAMPAGNAT (Thèse de Paris).

Les douleurs thoraciques sont d'une extrême fréquence chez les tuberculeux. On voit peu de malades qui n'en soient atteints à une période quelconque de l'évolution de leur maladie.

La durée et l'intensité de ces douleurs sont très variables.

Les douleurs spontanées peuvent siéger en tous les points du thorax, mais avec une fréquence spéciale au niveau des sommets, dans l'espace sus-claviculaire, ou au niveau de l'omoplate entre les deux épaules, continuant alors "le point de côté des sommets" de Peter. Elles siègent aussi assez souvent sur les parties latérales du thorax, sur la ligne axillaire.

Aux endroits douloureux spontanément, la pression réveille généralement de la douleur, mais c'est surtout en certains points spéciaux.

Parmi ces accidents d'hyperesthésie et de douleur que l'on observe chez les phthisiques, il faut citer en première ligne, à cause de sa fréquence, le point sternal dont le lieu d'élection est la partie inférieure du sternum, un peu au-dessus de l'appendice xiphoïde, à la réunion du cinquième inférieur de l'os avec les quatre cinquièmes supérieurs.

Dans quelques cas, la pression exercée au point indiqué détermine, en même temps que la douleur, des quintes de toux et des efforts de vomissements.

À côté des points douloureux sternaux, il convient de signaler les points spinaux décrits par Leudet au niveau de la colonne vertébrale.

La névralgie intercostale type peut également s'ob-

server chez les phthisiques. On trouve alors les points douloureux habituels : postérieur, moyen, antérieur et apophysaire. Quand ils existent d'une manière nette et que la douleur suit le trajet des nerfs intercostaux, il est facile de reporter la douleur à sa véritable cause.

À la périphérie du thorax, la pression détermine également souvent de la douleur en certains points spéciaux.

Si l'on comprime la pneumogastrique à la base du cou, on détermine souvent une douleur vive, d'après Peter. En tout cas, à ce niveau se trouve fréquemment le point cervical, douloureux, caractéristique, de la névralgie phrénique.

D'après Filleau, la compression du nerf vague à la base du cou, éveille aussi une douleur aiguë circonscrite au siège de l'induration pulmonaire. C'est le clou phthisique.

Selon Boulland, la douleur du pneumogastrique est un phénomène du début. Elle s'atténue et disparaît avec les progrès de la phthisie à cause de la destruction progressive des extrémités nerveuses au niveau des cavernes.

Les points douloureux que nous venons de mentionner sont symptomatiques d'altérations siégeant au niveau des plans profonds (nerfs intercostaux, nerfs phréniques, etc.). Les plans plus superficiels peuvent également être le siège de phénomènes douloureux.

L'hyperesthésie musculaire est fréquente chez les phthisiques. Elle consiste en douleurs plus ou moins vives, quelquefois très aiguës, siégeant dans les masses musculaires. Elle peut siéger au niveau des muscles du thorax ou de l'abdomen ; elle se traduit alors par des douleurs que réveillent les efforts musculaires ou l'exploration du médecin. La percussion de la poitrine est alors quelquefois tellement insupportable qu'elle devient impossible. La toux, en déterminant la contraction des muscles respirateurs, augmente également ces douleurs.

L'hyperesthésie musculaire est parfois accompagnée d'hyperesthésie cutanée. Dans ces cas, la peau est très sensible à la douleur.

Il est parfois assez difficile de se rendre compte de la nature exacte des douleurs thoraciques chez les tuberculeux.

Ces douleurs peuvent être dues aux névrites périphériques des phthisiques, attribuables vraisemblablement à l'action de la toxine tuberculeuse. Elles peuvent encore avoir pour cause la névrite des nerfs du médiastin (phrénique, pneumogastrique, grand sympathique) comprimés par un ganglion caséux, la névrite intercostale consécutive, la pleurésie sèche, la névrite qui accompagne le zona.

Quoi qu'il en soit, la cause la plus fréquente des douleurs thoraciques dans la tuberculose pulmonaire chronique paraît résider dans la présence de pleurésies sèches ou adhésives. Les pleurésies sèches ou adhésives

constituent la règle, particulièrement au sommet de la poitrine. Elles peuvent sans doute s'établir sans provoquer la moindre sensation douloureuse ; c'est ce qui a lieu généralement dans les pleurésies sèches sous-claviculaires qui occupent les points les plus ménagés par les efforts respiratoires, les plus immobiles pour la respiration, les mieux à l'abri des secousses de la toux ; c'est pourquoi on voit si souvent des phthisiques qui n'accusent aucune douleur.

Le traitement de ces douleurs est externe ou interne.

(à suivre)

Emploi thérapeutique du thymus.

par le Dr R. BLONDEL (de la Charité).

(Congrès international de Paris.)

Dans un précédent mémoire, publié en 1897, j'ai montré que le thymus, considéré au point de vue de sa sécrétion interne, jouait dans l'organisme un rôle antitoxique singulièrement comparable à celui de l'ovaire ou du testicule ; j'ai pu dire que, jusqu'à la puberté, il se comportait comme un ovaire provisoire, sans la génitalité.

Des expériences entreprises, depuis lors, au laboratoire de M. Dastre, à la Sorbonne, n'ont fait que me confirmer dans cette idée, corroborée depuis, d'ailleurs, par les physiologistes italiens. Sur 50 jeunes chiens, à qui j'ai enlevé le thymus intégralement, 10 seulement ont survécu aux suites immédiates de cette délicate opération : chez tous, après une période passagère de déchéance, les organes génitaux ont réalisé peu à peu une suppléance réelle, se traduisant par un développement plus précoce, accompagné de signes physiologiques non équivoques. L'ablation simultanée du thymus et du testicule provoque des troubles de nutrition extrêmement remarquables : l'animal développe d'une façon exagérée ses quatre membres, au détriment du tronc et du crâne, et réalise le type échassier : mes sujets ont malheureusement succombé à la tuberculose de laboratoire au bout d'un an environ.

Des résultats thérapeutiques sont venus à l'appui de ces données expérimentales. Dans la chlorose, là où Spillmann et Etienne avaient employé avec succès la substance ovarique, j'ai donné du thymus frais et, très rapidement, dans chacune des 15 observations recueillies, j'ai assisté à l'augmentation rapide du chiffre des globules, à la reprise de l'appétit, des forces, des couleurs, à la disparition du souffle, enfin au retour des règles.

Dans le goître exophtalmique, où le thymus a déjà donné des succès à d'autres expérimentateurs, j'ai eu 5 guérisons remarquables : chez une malade, — une couturière que son tremblement empêchait absolument de travailler, — en trois semaines, l'usage de l'aiguille était

redevenu possible et l'exophtalmie était considérablement diminuée : la guérison était complète au bout d'un an. Je ne puis m'empêcher de remarquer que l'ovaire, employé par plusieurs auteurs, dans les mêmes cas de maladie de Basedow, a donné des résultats identiques.

Chez l'adulte, j'ai employé le thymus d'agneau, moins coûteux, que celui de veau, soit frais ($\frac{1}{2}$ de thymus par jour), soit desséché, pulvérisé et mis sous forme pilulaire (2 à 5 grammes par jour).

Enfin, j'ai employé le thymus chez des nouveau-nés du service d'accouchement de la Charité, atteints de débilité congénitale. Avec une dose quotidienne de 1 gr. de poudre de thymus peptonisé mêlée au lait, la perte du poids a été enrayée dès les premiers jours pour faire place à la montée normale de la courbe ; la substitution de la peptone de viande à la peptone de thymus a donné des résultats nettement inférieurs, ne laissant guère de doute sur l'activité propre à cet organe.

D'une façon générale, le thymus paraît agir très favorablement sur le relèvement de la nutrition et sur la croissance. Je puis encore ajouter que, chez l'adulte le thymus semble produire une stimulation génésique très analogue à celle que donne l'emploi du suc testiculaire.

Deontologie Médicale.

Le Sanatorium au point de vue professionnel.

Dr VERHAEREN.

(Congrès international de Paris.)

Comme établissement de cure, d'isolement et d'éducation thérapeutique, le Sanatorium, — dans l'état actuel de la science, — est considéré comme indispensable aux tuberculeux. Mais un Sanatorium ne peut être réellement efficace et offrir toutes les garanties désirables aussi bien au malade qu'à son médecin traitant, que s'il est *exclusivement médical*, c'est-à-dire si sa direction médicale et administrative est dévolue à un médecin. Celui-ci doit être maître chez lui et maître absolu, suivant l'heureuse expression de M. Brouardel et Grancher. Il pourra avoir des subalternes non médecins, des employés, mais devra avoir toujours la haute main sur eux. — Qu'on s'inspire de la loi sur la pharmacie, qui exige que le pharmacien soit seul propriétaire de son officine. Elle lui interdit de servir de prête-nom et même d'avoir des associés non pharmaciens. Ces prohibitions sont la sauvegarde de la société, dans l'exercice d'une profession qui, sans elle, pourrait présenter de graves dangers pour la santé publique. — Le Sanatorium ne peut-il être comparé à la pharmacie sous ce rapport, et l'un comme l'autre ne peuvent-ils produire des effets désastreux similaires, — s'ils deviennent mercantiles ?

On peut définir le Sanatorium : un établissement, exclusivement médical, destiné aux tuberculeux ou aux tuberculisables, dans lequel sont rigoureusement appliqués, par le Médecin-Directeur lui-même, tous les principes appopriés, d'hygiène, de thérapeutique et de prophylaxie.

Vis-à-vis du médecin traitant qui lui confie un malade, le médecin du Sanatorium se considérera comme un spécialiste ordinaire, et, la cure terminée, lui renverra ce malade avec son avis adressé directement.

Enfin, un médecin peut accepter de donner des soins à des malades placés dans une maison de santé non médicale, à condition de bien spécifier son rôle et de ne pas laisser faire de son nom et de son titre un usage abusif de nature à tromper médecins et public. Il ne devra pas, par exemple, se laisser qualifier de médecin-Directeur quand il ne l'est pas — de médecin résident, quand il habite à deux ou trois kilomètres.

Conclusion proposées :

Le Congrès : — reconnaissant le danger qui résulte pour les malades de l'usurpation du titre de Sanatorium par des établissements non médicalement dirigés — émet le vote suivant :

1° Un Sanatorium ne sera digne de ce titre que s'il est exclusivement dirigé par un médecin, tant au point de vue médical, qu'au point de vue administratif.

2° Un médecin donnant des soins à des malades placés dans des établissements non médicaux, devra bien spécifier son rôle de façon à ne tromper ni malades, ni médecins susceptibles d'envoyer leurs clients dans ces maisons de santé.

PEDIATRIE

Sur la gravité du rhumatisme chez l'enfant, au point de vue des complications cardiaques

H. M. BARBIER, (Paris)

(Congrès international de Paris)

Le rhumatisme articulaire, chez les enfants, est une affection grave en raison de la fréquence et de la gravité des lésions cardiaques qu'il provoque presque fatalement chez eux. On sait que Bouillaud disait que, dans l'enfance, le cœur se comporte, vis-à-vis du rhumatisme, comme une véritable articulation, et que H. Roger considérait les manifestations cardiaques comme à peu près fatales. Cadet de Gassicourt donne une proportion de 81 % d'affections cardiaques, et Rilliet, Barthes et Sanné 87 %.

Ce qui constitue également le danger de ces rhumatismes, c'est que, souvent, ils sont peu accusés, subaigus, traînants, ne s'accompagnent pas de gonflement et de rougeurs des jointures, mais se manifestent par des

douleurs plus ou moins accusées, durant des semaines, exagérées par les mouvements et par la pression au niveau des interlignes articulaires, affectant principalement les membres inférieurs ; mais souvent aussi, se manifestant par un simple torticolis dont on peut méconnaître la nature articulaire si l'on n'explore pas les vertèbres cervicales, au niveau desquelles on peut constater, alors, l'existence de points douloureux, indices de l'arthrite vertébrale rhumatismale.

Le début de ces rhumatismes est souvent marqué par des phénomènes généraux : fièvre, céphalée, vomissements, etc., qui montrent bien que, chez les enfants, le rhumatisme a plus l'allure d'une maladie infectieuse générale que d'une arthropathie multiple, et que les localisations viscérales, sur le cœur en particulier, ne sont pas en rapport avec l'intensité des manifestations articulaires. La loi de coïncidence de Bouillaud, si souvent vérifiée chez l'adulte, ne s'applique donc pas avec la même certitude chez l'enfant. La plupart des rhumatismes que j'ai observés et qui se sont accompagnés de complications plus ou moins graves du côté du cœur, rentrent dans cette catégorie et ont cédé à quelques jours de traitement par le salicylate de soude.

Je n'ai observé qu'un exemple de rhumatisme sans complications. Au contraire, dans toutes les observations que je rapporte, les complications cardiaques ont été constantes et quelques unes très graves.

Les complications cardiaques du rhumatisme chez les enfants ne méritent pas seulement d'attirer l'attention par leur fréquence, mais aussi, et surtout, par leur gravité. A ce point de vue, l'observation montre qu'elles affectent volontiers, pour l'endocarde, à la fois l'orifice mitral et l'orifice aortique, très souvent le péricarde, et, probablement aussi l'aorte ou les tissus qui englobent le plexus cardiaque, peut être aussi le cœur lui-même.

Enfin, en raison probablement de cette complexité de lésions, leur évolution ultérieure est très grave, soit que les malades présentent une aystolie précoce et difficilement maniable par les médicaments, soit qu'ils présentent, plus ou moins atténués, des signes d'*angor pectoris*, ou des menaces de syncope qui peuvent amener la mort subite.

La multiplicité des lésions se manifeste cliniquement par des modifications dans le timbre des bruits ou par des bruits anormaux aux orifices de la mitrale et des valvules aortiques, le plus souvent bruits de souffle doubles, indiquant les lésions complexes au niveau de ces orifices.

Lorsque l'orifice aortique est lésé, j'ai observé parfois l'existence de signes plus ou moins accusés d'*angor pectoris* : Sensation d'étouffement, douleur précordiale survenant par accès passagers — qui peuvent faire penser à la participation de l'aorte au processus inflammatoire.

Dans tous ces cas, la péricardite est conjointement observée, et, quand on examine les malades quelque

temps après la crise rhumatismale, alors qu'ils viennent consulter pour les accidents cardiaques dont ils souffrent, on trouve en général une voussure précordiale plus ou moins accusée, une augmentation de la matité, la pointe du cœur abaissée et déviée en dehors, mais presque toujours aussi une ondulation très marquée de la paroi thoracique, un choc étalé du cœur et quelquefois, une rétraction systolique de la pointe, etc.

Un dernier facteur de la sévérité des manifestations cardiaques du rhumatisme, c'est la gravité de leur évolution ultérieure.

Les accidents peuvent être rapides et précoces et être provoqués par des embolies cérébrales, dues au morcellement des dépôts fibrineux formés au niveau d'une valvule malade.

Mais c'est là un accident relativement rare. Ce qui l'est moins, c'est :

1° Une asystolie précoce, rebelle au traitement.

2° C'est la possibilité de la mort subite ou rapide, par syncope, dans le cours de cette asystolie, ou, au contraire, avec des symptômes d'asystolie peu accusés.

Dans le premier cas, au bout de quelques mois, quelquefois plus tôt, les malades présentent le tableau de l'asystolie, avec une prédominance, cependant, à localiser leur asystolie dans le foie qui est toujours gros, dur, douloureux ; quand on percute chez ces malades le foie et le cœur lui-même dilaté et hypertrophié, on délimite, à la région moyenne du corps, une énorme zone de matité, en forme de sablier, oblique de haut en bas et de gauche à droite, dont le renflement inférieur remplit la partie supérieure et droite de l'abdomen, et correspond au foie, et dont le renflement supérieur intrathoracique correspond au cœur.

Les œdèmes périphériques peuvent être peu accusés.

La mort peut survenir de 3 à 6 mois après le début du rhumatisme chez des enfants antérieurement très bien portants.

A quoi tient la gravité de l'évolution de ces cardiopathies chez l'enfant ? Sans vouloir en discuter ici toutes les causes (aortite, myocardite, etc.), je crois qu'il faut en attribuer une bonne part à la *péricardite*.

Dans la plupart des observations que nous avons relatées, on pourra relever un certain nombre de signes attribuables à la péricardite adhésive ; cette péricardite adhésive évolue quelquefois très vite et peut amener les accidents précoces d'asystolie que nous avons signalés. Dans une observation où la mort est survenue au bout de deux mois, nous avons pu constater à l'autopsie l'existence de cette péricardite qui avait été diagnostiquée pendant la vie.

Ces faits viennent à l'appui de ceux qui ont été autrefois signalés par Cadet de Gassicourt et qu'il a résumés en disant que la péricardite est fréquente dans le rhumatisme chez l'enfant et qu'elle amène dans un

grand nombre de cas la terminaison fatale (*Traité des maladies de l'Enfance*, T. II).

Ces accidents peuvent être continus et progressifs, amenant la mort rapide dans les deux ou trois mois qui suivent le rhumatisme (Cadet de Gassicourt a observé cette forme 6 fois sur 97 cas), ou bien être l'origine d'une asystolie plus tardive, mais non moins grave.

Pathologie générale

Sur la nature et l'essence de toxicité du serum de sang à l'état normal et pathologique.

prof. G. RUMMO (Palerme).

(Congrès international de Paris).

Les nombreux travaux qu'on a publiés en Italie, en France et dans les autres pays sur l'argument, ont entièrement confirmé les résultats des expériences, que j'ai entreprises le premier en 1888, avec M. Bordoni et que j'ai poursuivies en 1891 et les années suivantes. La syndrome toxique, déterminée par les injections du serum de sang hétérogène, a été intégralement acceptée par les observateurs, qui ont suivi mon chemin, sauf quelque petite divergence sur la dose toxique qui dépend de la diversité des animaux d'expérimentation, de la manière dont on recueille le serum, de la rapidité du développement du tableau clinique : ainsi, tandis que j'ai toujours provoqué l'empoisonnement très aigu, d'autres sont bornés à une intoxication plus ou moins lente et ont eu un coefficient toxique moins élevé.

Mes expériences montrent que la toxicité du serum de sang ne dépend pas de l'urée ou des substances minérales, non plus que de l'augmentation de la masse sanguine ou d'infections aiguës et de substances qui se forment hors des vaisseaux. Et la théorie de Köhler de la fermentation de la fibrine ou celle de Landois, de la décomposition globulaire ne sont pas davantage plausibles.

En effet un animal peut impunément perdre jusqu'à 115 de son sang, et d'ailleurs, il n'y a pas de rapport entre dissolution globulaire et pouvoir toxique du serum de sang, car le serum de sang de bœuf, bien qu'ayant un haut pouvoir toxique quand il est injecté au poulet, ne dissout pas dans la même proportion des globules du sang, et vice versa, le serum de sang de bœuf, passé par le filtre de Chamberland, perd une grande partie de son pouvoir toxique, tandis qu'il conserve la propriété de dissoudre les globules du sang du lapin.

J'attribue l'action toxique du serum de sang hétérogène à des principes toxiques, des vrais poisons animaux, que le sang reçoit des tissus et qu'il élimine promptement par les émonctoires et qui sont neutralisés par quelques glandes. Ils sont en partie fixes et en partie volatiles ; ils sont altérés par le procès de la putré-

faction. Par la voie de l'estomac le sérum est peu toxique, soit par l'action du suc gastrique, soit par la lente absorption, comme il est aussi pour beaucoup de médicaments ; et les digestions artificielles du sérum l'ont suffisamment montré.

Si le sérum est introduit dans les veines, il cause au contraire des désordres variables dans le système nerveux et musculaire, dans le sang, dans le myocarde et dans son innervation intrinsèque, dans la pression des vaisseaux, dans les centres régulateurs de la chaleur, dans le métabolisme.

J'achevai ensuite du côté chimique ces études, en déterminant le pouvoir toxique des albumines du sérum de sang normal pour des animaux de différentes espèces et avec des recherches biologiques faites sur la globuline et sur la sérine du sérum du sang de bœuf, j'en ai montré clairement le pouvoir toxique quand on les injecte, dissoutes complètement dans de l'eau distillée et depuis filtrées, dans les veines ou dans le péritoine des animaux de différentes espèces. Ainsi je puis affirmer que la toxicité du sérum de sang est due surtout aux albumines qui y sont contenues, ou du moins à des substances qui précipitent avec elles.

Il semblait impossible que le sang, qui donne la vie aux organes et aux tissus, put être toxique. J'en ai donné l'épreuve expérimentale et j'en ai étudié les causes et la pathogénie, arrivant à des conclusions que tout le monde a dû accepter.

BACTERIOLOGIE.

Toxines et anti-toxines.

par prof. P. EHLICH.

(Congrès international de Paris).

L'étude des toxines a acquis une grande importance pratique et un haut intérêt théorique depuis la découverte des antitoxines par Behring ; cette étude approfondie a résumé et résume encore toute la question de l'immunité.

Le progrès de nos connaissances en matière d'immunité a été particulièrement facilité par une série de notions fondamentales qui nous ont été fournies :

I) Par la recherche suivant des principes généraux physico-chimiques des relations qui existent entre la toxine et l'antitoxine. (Expérimentation *in vitro*, saturation partielle.)

II) Par l'introduction dans le domaine des toxines des notions stéréo-chimiques que E. Fisher avait déjà appliquées à l'étude des ferments.

III) Par l'étude du mode de répartition dans l'organisme de substances étrangères et en particulier des

corps toxiques, comme aussi par l'investigation des rapports physico-chimiques qui existent entre ces substances et les tissus.

Les notions fondamentales qui découlent de ces considérations peuvent être résumées comme suit :

1). Les toxines sont des substances extrêmement instables qu'on trouve parmi les produits de sécrétion d'origine animale ou végétale.

2). Pour l'instant il n'est pas possible de caractériser chimiquement les toxines et cela parce que, d'une part, vu leur extrême labilité, on ne peut pas les obtenir en quantité suffisante et à l'état de pureté, et, que d'autre part, il est difficile de les séparer de certains produits de transformation ayant une constitution analogue (*toxoides*).

3). Les seuls critères, qui permettent d'affirmer qu'une substance quelconque est une toxine, sont d'ordre biologique. Ces critères sont, d'une part, le mécanisme particulier de l'action toxique, et, d'autre part, le pouvoir de déterminer dans certaines conditions une formation d'antitoxines dans l'organisme. Cette dernière propriété permet d'établir une analogie entre les toxines et certaines enzymes, analogie qui ressort encore des travaux de Roux sur le poison diphtérique.

4). L'action toxique de la plupart des toxines, à l'encontre de celle des poisons chimiquement définis, est caractérisée par l'existence d'une période d'incubation, période qu'on ne peut éviter, quelle que soit la grandeur de la dose de toxines administrées.

Certaines substances toxiques, qui agissent sans période d'incubation (venins, poisons du sérum), se rapprochent des toxines, en premier lieu par leur qualité de déterminer une formation d'antitoxines, en second lieu par leur extrême labilité.

5). Les corps chimiquement définis sont tout à fait incapables de produire des antitoxines. Les affirmations sur la possibilité d'obtenir des sérums antitoxiques efficaces à l'égard des poisons anorganiques, des glycosides ou des alcaloïdes, reposent sur des erreurs d'observation.

6). Il résulte de ces particularités des toxines que leur action sur l'organisme doit être essentiellement différente de celle des autres poisons. Les faits nous obligent d'admettre que la condition fondamentale de l'activité toxique de ces composés réside dans leur propriété de contracter avec le protoplasma de certains groupements cellulaires des combinaisons chimiques et spécifiques. Les autres poisons, par exemple les alcaloïdes obéissent aussi à certaines lois de répartition dans l'organisme, mais ils diffèrent des toxines par le fait que leur rapport avec les parenchymes, loin de consister dans de vraies combinaisons chimiques, se rapproche plutôt des phénomènes de dissolution (*starr-Hosinj*, solution solide.)

7.) Le caractère spécifique de cette combinaison

chimique de la molécule de toxine est dû à ce que cette molécule possède un groupement chimique particulier, le groupement *haptophore*. La fixation des toxines sur les tissus à l'aide de ce groupement *haptophore* n'explique pas suffisamment l'action toxique de ces composés. Cette action toxique nécessite la présence dans la molécule de toxine d'un deuxième groupe, le groupe *toxophore*, dont l'influence sur le protoplasma est conditionnée par la combinaison du groupe *haptophore* avec ce protoplasma.

8). On peut, dans certaines conditions expérimentales, séparer l'activité du groupe *haptophore* de celle du groupe *toxophore*. En effet, Morgenroth a prouvé que chez les animaux homéothermes comme la grenouille, le groupe *haptophore* de la toxine tétanique est capable d'exercer même à froid son action fixatrice sur les cellules, alors que l'activité du groupe *toxophore* exige des températures plus élevées. (Interprétation de l'expérience de Courmont.)— Des différences dans le temps d'action de ces deux groupes expliquent aussi la raison d'être de la période d'incubation. Donitz et Heymans, en suivant des méthodes essentiellement différentes, ont en effet constaté que la toxine diphtérique et le poison tétanique se fixent très rapidement sur les tissus, mais que, malgré cette fixation, les troubles morbides n'apparaissent que tardivement.

9). La fixation du groupement *haptophore* de la molécule de toxine sur le protoplasma se fait au moyen de certaines chaînes latérales que ce dernier possède et qu'on désigne sous le nom de *récepteurs*. Ces récepteurs interviennent aussi dans la vie normale du protoplasma, en ce sens qu'ils servent à la nutrition, en fixant les principes nutritifs.

Les toxines ont ceci de commun avec les substances nutritives, qu'elles possèdent, tout comme ces dernières, certains groupes *haptophores*. On peut, en effet, déterminer une production d'anticorps à l'aide de substances nutritives (coaguline de Bordet).

10). Les récepteurs existent tantôt uniquement dans certains tissus, tantôt dans la plupart des organes (cas du poison tétanique dans l'organisme du cobaye et du lapin).

11). Le manque de récepteurs chez certaines espèces animales est peut-être une des causes de l'immunité naturelle. D'autre part, la présence de nombreux récepteurs dans des organes d'une moindre importance vitale, peut réaliser, grâce à une sorte de déviation des molécules de toxine, une diminution dans la sensibilité de l'organe vis-à-vis de cette toxine (Donitz, Poux).

Les récepteurs, loin d'être constants dans l'organisme, peuvent subir dans certains cas des variations très considérables (crotine, hémolysines).

(à suivre)

HYGIÈNE.

L'hygiène et le Bénitier

Nous nous empressons de divulguer l'initiative de l'évêque de Nano, Mgr Vincent Franceschini, lequel, s'intéressant aux expériences faites par le Dr Abba, de l'office sanitaire de Turin, sur la quantité des micro-organismes contenus dans l'eau bénite des églises, et se conformant aux conseils qui lui ont été donnés par ce docteur dans le but d'adopter dans les églises toutes les mesures hygiéniques rendues nécessaires par ces expériences, a envoyé une circulaire spéciale aux curés et recteurs des églises de son diocèse.

Dans cette circulaire, il dit que l'Église imitant en cela le divin Sauveur, qui passait en faisant le bien et en guérissant aussi les corps, s'intéresse beaucoup au bien matériel des peuples.

Nous trouvons, par conséquent, assez juste — dit la circulaire — que les prêtres, surtout ceux qui ont charge d'âmes, profitent des enseignements vrais et certains des sciences modernes pour déraciner de l'esprit du peuple certains préjugés vieux et insensés, et pour encourager l'emploi de certains procédés qui ont été scientifiquement prouvés être utiles et nécessaires au bien-être public et à l'hygiène populaire.

Voici, à cet effet, les mesures recommandées et ordonnées par cette circulaire :

1° Dans toutes les églises on doit procéder, aussitôt après les jours fériés dans lesquels il y a eu agglomération extraordinaire de monde, à la désinfection du dallage au moyen de sciure de bois imprégnée d'une solution de sublimé corrosif à 1 pour 100. En temps ordinaire, après avoir aspergé d'eau le pavage dans le but de ne point soulever d'énorme poussière.

2° Chaque semaine et même plus souvent, on procédera à l'époussetage des bancs et des confessionnaux au moyen d'éponges et de linges mouillés avec de l'eau pure.

3° On lavera chaque semaine et même plus souvent s'il est nécessaire, les grillages des confessionnaux avec de la lessive, puis on les polira.

4° Les bénitiers doivent être vidés chaque semaine et même plus souvent, si c'est nécessaire, puis lavés avec de la lessive bouillante, qui pourrait être avantageusement remplacée par une solution de sublimé corrosif à 1 pour mille.

Pour que la circulaire remplisse son but, il a été institué aussi, par l'Autorité ecclésiastique, un service d'inspection ainsi que des pénalités pécuniaires payées au bénéfice de l'église par tous ceux qui transgresseraient les pratiques hygiéniques prescrites.

L'on doit faire des vœux afin que l'initiative de l'évêque de Fano soit imitée par tous les évêques qui doivent avoir à cœur, avec le salut de l'âme, celui aussi des corps des fidèles.

(J. de méd. de Paris.)

Chirurgie nerveuse. au Canada

Nous annonçons plus loin un ouvrage sur la chirurgie nerveuse, qui doit paraître prochainement. Nous sommes à compléter la partie qui concerne la chirurgie nerveuse au Canada et il faut que notre pays y fasse valoir consciencieusement son mérite et ses travaux. Nous demanderons donc aux médecins et aux chirurgiens les fruits de leur expérience dans cette branche de la chirurgie ; leurs observations inédites et l'index bibliographique de leurs travaux parus. Cette partie de la chirurgie comprend *les interventions sur le crâne, le rachis, les nerfs, et le traitement des désordres trophiques*. Nous prions instamment nos confrères de vouloir bien — et cela au point de vue national, sinon personnel, — nous faire parvenir leurs renseignements avant le 20 novembre.

Dr Brennan.

Travaux Originaux**Coq-à-l'âne médicaux.**

Le sucre comme oxytocique. — Madlener, d'après Payer, a obtenu d'excellents effets avec le sucre dans l'inertie utérine. Il administre une once dans un verre d'eau et répète s'il y a lieu. Les effets se font noter de une demi à une heure après l'ingestion. Dans certains cas il y aurait eu, en même temps que les contractions se faisaient plus fermes, une diminution dans les douleurs. Ce moyen serait donc des plus simples, et des plus efficaces. (*Munch. Med. Woch.*)

Traitement abortif des bubons. — Christian (*Therap. Gaz.*) avorte les adénites blennorrhagiques avec l'onguent suivant appliqué tous les jours sur de la charpie, recouverte d'un spica : — Ongt. mercuriel, onguent de belladone, ichtyol, lanoline, parties égales.

Condamné à mort. — Prévenu, avez-vous déjà été condamné ?

— Jamais, mon président, (*se troublant*) c'est-à-dire que... on m'a dit... Mais j'étais tout petit, et je ne m'en souviens pas du tout.

— A quoi avez-vous été condamné ?

— Je ne sais pas... mais je crois bien que c'était à mort.

— Comment, tout petit, avez-vous pu être condamné à mort par un tribunal ?

— Pardon, mon président, c'est pas par un tribunal c'est par... un médecin. (*Journal de la santé*)

Antidote de l'acide carbolique. — On sait aujourd'hui que l'antidote, *intus et extra*, est l'alcool, mais voilà que Conally (*Southern Practitioner*) vient de signaler une guérison par le vinaigre, chez un enfant qui avait avalé une $\frac{1}{2}$ once d'acide carbolique dans une once de glycérine.

Hypertrophie de la prostate. — Jaboulay publie deux interventions par la voie trans-ano-rectale médiane (*Lyon Méd.*), avec succès. Il fend le raphé médian du périnée de 3 centimètres au-dessus de l'anus, jusque dans l'intérieur du rectum, — il suggère de conserver le sphincter. Il prolonge son incision jusque dans la loge prostatique et, là, fend la capsule et pratique l'énucléation de l'organe ou des parties malades.

Ponction lombaire. — Gumprecht rapporte 17 cas de mort imputables à la ponction lombaire.

NIBB.

Revue des journaux**CHIRURGIE**

Les interventions sanglantes dans les rétrécissements de l'urètre.

(Congrès international de Paris.)

(Suite.)

M. J. ALBARRAN. — L'étude comparée des résultats éloignés obtenus par les différentes méthodes de traitement dans les rétrécissements de l'urètre, conduit à séparer nettement, d'un côté, les rétrécissements dits inflammatoires et, d'un autre côté, les rétrécissements traumatiques. Dans chacune de ces deux catégories il faudrait encore établir de nombreuses divisions suivant le siège, le nombre, l'étendue et le degré du rétrécissement lui-même, ainsi que suivant les complications qu'ils peuvent présenter. Les différentes méthodes présentent des indications dissemblables et, suivant les cas où il s'applique, le même traitement pourra donner des résultats éloignés absolument dissemblables. Nous ne pouvons que dire d'une manière très générale ce qu'on est en droit d'attendre de leur emploi.

I. RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES NON COMPLIQUÉS. — Au point de vue de la fréquence des récurrences, on peut classer ainsi les principaux modes de traitement des rétrécissements de l'urètre : électrolyse, dilatation progressive, urétrotomie externe, résections et opérations autoplastiques.

L'électrolyse pratiquée par le procédé rapide, en une séance, donne lieu à des récurrences d'autant plus ra-

pides que la dilatation consécutive est moins prolongée. Les résultats éloignés de l'électrolyse par le procédé lent paraissent meilleurs, mais les documents publiés ne permettent pas de juger le procédé à ce point de vue.

La dilatation progressive doit être méthodiquement conduite jusqu'au n° 60 Beniqué : il faut s'efforcer en outre de rendre au canal sa souplesse, de supprimer les brides que le passage de l'instrument efface, de guérir l'urétrite qui accompagne le rétrécissement et de tarir toutes les sources d'infection urétrale et péri-urétrale. A ces conditions on peut obtenir de bons résultats éloignés par la dilatation progressive, mais, sauf dans les cas légers, les résultats obtenus ne seront conservés que par l'entretien du calibre du canal au moyen de périodes successives de cathétérisme dilateur.

L'urétrotomie interne ne peut guère être considérée que comme le premier temps de la dilatation progressive. Elle paraît donner de meilleurs résultats lorsqu'on pratique des sections multiples que lorsqu'on ne fait que la section unique, mais quel que soit le procédé employé, les résultats ne seront durables que si on arrive après une ou plusieurs opérations et par la dilatation consécutive à placer l'urètre dans les conditions mentionnées à propos de la dilatation progressive. La récurrence est aussi bien à craindre après la dilatation progressive qu'après l'urétrotomie interne.

L'urétrotomie externe donne des résultats éloignés, supérieurs à ceux des méthodes précédentes, mais cette opération n'est applicable qu'aux rétrécissements limités. Certains malades sont restés guéris après l'urétrotomie externe sans avoir pris de soins consécutifs : ces exemples sont rares et la récurrence n'est guère évitée que par la dilatation régulièrement entretenue après l'opération.

La résection de l'urètre dans les rétrécissements inflammatoires limités de la région périnéo-scrotale donne des résultats éloignés comparables ou supérieurs à ceux de l'urétrotomie externe : lorsque le rétrécissement est susceptible d'être extirpé complètement, on peut espérer que la guérison se maintienne sans traitement consécutif. Dans la région pénienne les résections étendues exposent à l'incurvation de la verge.

II. RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES COMPLIQUÉS DE TUMEURS ET FISTULES URINEUSES. — Dans ces cas, la dilatation progressive, et l'urétrotomie interne deviennent insuffisantes. L'urétrotomie externe, et mieux encore la résection partielle ou totale de l'urètre, donnent les meilleurs résultats éloignés.

Les opérations autoplastiques n'ont guère été pratiquées que dans des cas particuliers peu comparables à ceux dans lesquels ont été faites les autres opérations.

III. RÉTRÉCISSEMENTS TRAUMATIQUES. — La dilatation progressive est ici insuffisante à assurer une guérison de quelque durée : il en est de même de l'urétrotomie interne, quel que soit le nombre des sections. Avec ces modes de traitement la récurrence est rapide.

L'urétrotomie externe donne de meilleurs résultats, mais expose aussi aux récurrences malgré des soins consécutifs réguliers.

La résection de l'urètre est l'opération de choix : elle réussit mieux dans les rétrécissements traumatiques que dans les inflammatoires et peut conduire, d'emblée, à la guérison définitive.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Fractures qui peuvent être traitées sans appareil immobilisable par le massage et la mobilisation

Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Le traitement des fractures par le massage et la mobilisation, c'est l'application précoce du mouvement au membre traumatisé. Il ne faut pas le confondre avec l'emploi secondaire du massage pour faire disparaître l'enraidissement des membres, traitement ancien, ni avec un massage banal dont la violence déterminerait des douleurs et même des accidents.

Pour empêcher cette confusion aux dépens de la méthode on pourrait caractériser celle-ci par un mot, le *gluco-kinésis*.

Ce traitement consiste dans l'application du mouvement méthodique dès l'époque la plus rapprochée de l'accident qui a amené la fracture.

Ce mouvement doit être *methodique* et *dosé*. Le massage très doux et très progressif jusqu'au voisinage du foyer de fracture, sans action directe sur celui-ci, est un moyen de l'application de ce mouvement qui peut cependant, en certaines circonstances, être appliqué sans massage.

Cette méthode s'appuie sur des principes nouveaux. *L'immobilisation absolue est moins favorable à la réparation de l'os qu'une certaine dose de mouvements.* Cette dose de mouvements est, à plus forte raison, favorable à la réparation des parties molles.

J'ai commencé par supprimer l'immobilisation dans le traitement de bon nombre de fractures (Société de Chirurgie, 1879 et 1880.)

Puis j'ai appliqué la méthode avec et sans massage à toutes les variétés de fractures, en commençant par les fractures articulaires. Si le massage et la mobilisation sont appliqués dès le début, la *réparation* osseuse est plus rapide et plus solide.

La *douleur* disparaît très promptement, et cette disparition est le criterium d'un bon massage et d'une bonne mobilisation. La persistance de la douleur indique que la méthode n'est pas appliquée.

La *contracture* disparaît rapidement, et cette disparition joue un rôle capital dans la disparition de certaines déformations (olécrane, clavicule, épaule, etc.). Aucun traitement n'a pu lutter contre la contracture comme celui-ci.

La *résorption* du sang et des liquides épanchés est

bien plus rapide que pour les membres immobilisés.

La *vitalité* de la peau est conservée.

Les *réflexes nutritifs* assurent la conservation et la réparation des muscles et des nerfs sans atrophie.

La *souplesse* des membres est conservée et, le traitement terminé, le sujet n'a plus besoin d'un traitement secondaire comme après l'application.

Une des raisons qui peuvent encourager à supprimer les appareils, c'est la constatation faite que ceux-ci n'empêchent pas d'importantes déformations qui ne gênent pas pour la fonction. La radiographie est venue confirmer cette notion et montre qu'en dehors des déviations d'axe il existe des déformations plus marquées qu'on ne le croyait et compatibles avec une bonne fonction.

Sur les animaux, des faits confirmatifs de ceux de la pathologie humaine ont été observés.

Il ne faut pas confondre la méthode avec l'abandon pur et simple des appareils et le retour à la fonction. Ce traitement est plus difficile à appliquer que le traitement banal par les appareils inamovibles, mais il donne des résultats qu'on ne saurait comparer.

Certaines variétés de fractures peuvent être toujours mobilisées et massées avec suppression de tout appareil d'immobilisation proprement dit, par exemple :

Toutes les fractures de l'humérus à la partie supérieure et à la partie inférieure.

À la partie supérieure jusqu'à l'insertion du deltoïde.

À la partie inférieure, à quatre travers de doigts de l'article.

Coude. Toutes les fractures et surtout les fractures de l'olécrane (je n'ai pas eu l'occasion de suturer une seule fracture de l'olécrane).

Toutes les fractures du radius au poignet qui ne comportent pas un transport considérable de la main en arrière.

Toutes les fractures de la clavicule à peu près.

Toutes les fractures du péroné à la partie inférieure sans menace de déviation de l'axe du pied.

Toutes les fractures bimalléolaires sans tendance à la déviation latérale ou postérieure.

Au genou, les fractures du fémur sans déplacement et les fractures du plateau du tibia.

Toutes les fractures de l'omoplate.

Certaines fractures peuvent être encore traitées sans appareils, mais *exceptionnellement*.

Fractures de l'humérus à leur partie moyenne sans déplacement, fractures des deux os de la jambe sans déplacement, certaines fractures des deux os de l'avant-bras.

En dehors de ces cas, on peut encore, en combinant des appareils et le massage et la mobilisation immédiate, obtenir des résultats. Mais ils sont moins frappants et moins complets que les cas précédents qui com-

portent la suppression des appareils proprement dits, remplacés par des moyens de protection sans contention vraie.

Dans un certain nombre de cas, la *mobilisation* peut être faite *sans massage*. C'est la pratique qu'il faut suivre chez les jeunes enfants qui auraient tendance à faire du cal exubérant, et chez certains vieillards dont les veines sont douteuses.

Chez les enfants, la mobilisation simple pour le poignet, pour l'épaule, pour le coude, donnera les résultats les plus satisfaisants.

Chez le vieillard, j'ai laissé la fracture du col du fémur à la mobilisation et j'ai appliqué le massage à toutes les autres fractures.

(J. de méd. de Paris.)

GYNECOLOGIE

Le traitement des bartholinites par les injections d'alcool salicylé à saturation.

M. A. Reygasse (de Toulouse) vient de réunir un certain nombre de cas de bartholinites dans lesquels les injections d'alcool salicylé lui ont donné les meilleurs résultats.

Tout en reconnaissant l'efficacité de l'extirpation, ou de l'incision suivie de curetage et de cautérisation, l'auteur, à cause des lenteurs de la cicatrisation dans une région difficile à aseptiser, ne peut considérer ces procédés comme des méthodes de choix.

À la suite de M. Cordier (de Lyon), il a employé, dans cinq cas très variables, comme forme clinique et étiologie, les injections d'alcool salicylé et dans les cinq cas le succès a été complet.

Voici en quoi consiste la méthode, telle que l'a décrite le docteur Cordier.

"Après avoir saisi entre le pouce et l'index de la main gauche la grande lèvres, près de la fourchette, et immobilisé ainsi sous le doigt la glande, qu'on sent toujours très nettement lorsqu'elle est enflammée, on injecte dans son épaisseur, au moyen de la seringue de Pravaz, un demi-centimètre cube d'une solution alcoolique salicylée à saturation. La malade éprouve à ce moment une douleur vive, mais d'une à deux minutes à peine de durée. Cette douleur est, d'ailleurs, toujours bien supportée et n'occasionne aucun accident. Le lendemain, on constate une légère augmentation de volume de la glande, mais cette tuméfaction disparaît d'elle-même en cinq ou six jours. Au bout de ce temps, la sécrétion cesse en général définitivement et la guérison est complète. Ce n'est que rarement qu'on se voit obligé, pour obtenir ce résultat, d'avoir recours à une nouvelle injection intraglandulaire."

(Languedoc médico-chirurgical — Gaz. des hôp.)

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement des douleurs thoraciques chez les tuberculeux pulmonaires.

par M. le Dr CHAMPAGNAT (Thèse de Paris).

(Suite)

TRAITEMENT EXTERNE. — La médication externe se trouve tout spécialement indiquée dans le traitement des affections douloureuses localisées des tuberculeux. Elle a, en effet, l'avantage de ménager le tube digestif de ces malades.

A côté de ces avantages réels, il faut se demander si elle ne présente pas des inconvénients. Ces inconvénients sont minimes, et le principal est la difficulté d'agir efficacement à travers les téguments sur les régions douloureuses profondes.

De fait la plupart des méthodes purement externes ont une efficacité relative, ne triomphent guère que des douleurs peu intenses et n'ont pas l'action sédative puissante de quelques autres moyens thérapeutiques.

a) *Révlulsifs.* — La plupart des révulsifs ont été employés contre les douleurs thoraciques.

Les sinapismes constituent un moyen simple, courant en médecine populaire, qui n'a pas manqué d'être employé. Il produit une révulsion assez notable et procure quelque soulagement dans les douleurs qui ne sont ni trop intenses, ni trop tenaces.

Aux sinapismes on peut substituer avec avantage les cataplasmes sinapisés qui sont d'un emploi un peu moins simple mais souvent plus efficace.

Les vésicatoires, également fréquemment employés, doivent être petits et pansés soigneusement. Dans ces conditions on pourra répéter leur application sur la région douloureuse en des points voisins les uns des autres. Mais il faudra être prudent et surveiller avec soin le malade, car on a affaire souvent à des sujets dont les reins sont loin d'être indemnes.

La tincture d'iode est d'un emploi facile et elle rend des services dans les cas intenses.

A côté des procédés qui consistent à obtenir une révulsion à la suite d'une irritation locale de la peau, il faut citer les pointes de feu qui, en cautérisant la peau sur des petites étendues, modifient activement les circulations locales. Elles ont une grande efficacité mais présentent l'inconvénient d'être douloureuses et de ne pouvoir être renouvelées très fréquemment.

Les ventouses sèches ont au contraire l'avantage de ne pas déterminer de douleur au moment de leur application et de pouvoir être fréquemment renouvelées. Elles ont une action peut-être moins efficace que les pointes de feu, mais les avantages qu'elles présentent rendent leur emploi fort précieux. Il est toutefois difficile de les appliquer dans toutes les régions du thorax chez les sujets très émaciés.

Plus énergiques sont les ventouses scarifiées. Elles déterminent un soulagement immédiat dans certains cas. Mais on ne peut également y avoir recours fort longtemps.

Dans le traitement des névralgies, il est fait grand cas des substances qui produisent par leur évaporation rapide une réfrigération intense des téguments. Les substances de ce genre les plus employées sont le chlorure d'éthyle et le chlorure de méthyle, ce dernier surtout.

Lorsqu'un jet de chlorure de méthyle est projeté sur la peau, celle-ci se congèle, devient pâle, dure et insensible ; le patient accuse une sensation de froid et de piqûre. Puis, dès que l'on interrompt le jet, la peau reprend son aspect normal et rougit. Ensuite, à la sensation de froid succède de la cuisson et une hyperesthésie assez marquée. Les pulvérisations provoquent en somme une révulsion très intense à la suite de laquelle on peut voir survenir une diminution notable de la douleur, parfois même sa suppression complète.

Ce procédé est très efficace, mais il faut prendre grand soin de ne pas prolonger outre mesure la pulvérisation, car des escarres se produiraient facilement, surtout chez les sujets dont l'état général est précaire.

Au lieu de siphonage on peut employer le stypage qui consiste à pulvériser le chlorure de méthyle sur un large tampon de coton qui est ensuite appliqué sur la peau pendant quelques secondes. Ce procédé paraît inférieur aux pulvérisations.

A côté des pulvérisations de substances réfrigérantes nous placerons un procédé qui certes est moins énergique, mais est souvent d'une efficacité suffisante et a en tout cas le mérite d'être très simple et nullement nocif ; nous voulons parler de la compresse humide.

Les compresses humides ont été employées dans de nombreuses circonstances et sont très en faveur dans la thérapeutique actuelle.

Dans le traitement des maladies infectieuses du poumon, les compresses humides froides enveloppant le thorax sont très fréquemment employées et avec succès.

Elles peuvent être utilisées de deux manières différentes :

Dans un premier mode d'emploi, on fait appel uniquement à la réfrigération-passagère suivie de réaction rapide qu'elles déterminent sur la région douloureuse.

On les applique, préalablement trempées dans de l'eau très froide, sur le thorax, et on ne les laisse que quelques instants, répétant au besoin l'application quelque temps après. Ce procédé est surtout indiqué dans les maladies infectieuses du poumon (pneumonie, bronchopneumonie) ; il stimule le système nerveux et a une action générale efficace ;

Le deuxième mode d'emploi est plus applicable aux douleurs thoraciques des tuberculeux, pour lesquels il est besoin surtout d'une action locale. On trempe une compresse pliée en plusieurs doubles, ou encore une

feuille de coton hydrophile dans de l'eau très froide, et on l'applique ainsi sur la région douloureuse, en la recouvrant de tafetas gommé ou d'un tissu imperméable quelconque. La poitrine tout entière du malade est alors enveloppée d'ouate, que l'on maintient à l'aide d'un bandage de corps. La compresse s'échauffe rapidement et le malade ressent, le plus souvent, une sensation de bien-être très appréciable.

Ce procédé, toutefois, applicable aux douleurs de moyenne intensité, se trouve dans certains cas insuffisant et il faut avoir recours alors à une médication plus énergique, telle que la suivante.

(à suivre)

Traitement des pleuresies purulentes aiguës.

par DESPLATS.

Depuis quelques années on a modifié sa manière de voir dans le traitement des pleuresies purulentes. Au début, aussitôt que l'on constatait un épanchement purulent, on s'empressait de faire des ponctions répétées — tous les 2 ou 3 jours durant 15 jours — le malade avait bien des chances de ne pas guérir à cause de la précipitation apportée dans le traitement.

Aujourd'hui la ligne de conduite est changée, on attend que l'abcès soit mûr, c'est-à-dire que toutes les fausses membranes se soient détachées ; autrement la pleurotomie serait une opération incomplète. Les fausses membranes adhérentes ne se détachent qu'au fur et à mesure, exposant ainsi le malade aux infections secondaires.

A quels signes reconnaît-on que l'abcès est mûr ? aux signes suivants :

Au début, la partie supérieure du poumon hépatisé est recouverte de fausses membranes, la respiration est considérablement affaiblie ; plus tard, la partie inférieure devient mate, la respiration inférieure est complètement disparue : cette zone de matité monte peu à peu ; en même temps la partie supérieure devient perméable, la respiration est plus nette. Cette série d'observations indique clairement que les fausses membranes qui manquaient de respiration à la partie supérieure du poumon se sont détachés peu à peu pour aller former une collection purulente à la partie inférieure. C'est le moment de pratiquer la pleurotomie.

L'endroit indiqué est le 8° espace intercostal.

Asepsie du champ opératoire, section de la peau, des muscles, perforation de la plèvre avec la sonde cranlée et agrandissement de l'ouverture ; le pus s'écoule, on introduit deux gros drains, on fait le pansement. Après 4 à 5 jours une sérosité rougeâtre a remplacé l'écoulement purulent : 15 jours plus tard, la plaie se cicatrise, la guérison est parfaite. Voilà les règles que l'au-

teur a observées et qu'il recommande à l'attention des cliniciens dans les pleuresies post-pneumoniques, staphylococciques ou streptococciques.

(J. de méd. de Paris.)

BACTERIOLOGIE.

Toxines et anti-toxines.

par prof. P. EHRLICH.

(Congrès international de Paris).

(Suite)

12). Du fait que les récepteurs du protoplasma contractent des combinaisons avec les groupes haptophores de la toxine, ces récepteurs font défaut à la vie et en particulier à la nutrition cellulaire. De là des phénomènes de *régénération*, en ce sens que le protoplasma reproduit les récepteurs mis hors d'usage par suite de cette combinaison. Suivant une loi de biologie générale, cette régénération ne se borne pas à compenser le défaut, mais elle dépasse les limites : il y a *superproduction*. Cette superproduction peut être à un tel point exagérée par des injections répétées de toxine, qu'en fin de compte il se produit un détachement de ces récepteurs régénérés en excès et leur passage dans la circulation.

13). Ce sont ces récepteurs protoplasmiques circulant dans le sang qui constituent les antitoxines. Ils conservent à cet état leur propriété originale de fixer chimiquement les groupes haptophores de la toxine.

14). Cette théorie explique l'énorme multiplicité des antitoxines et leur caractère spécifique, rien qu'en s'appuyant sur des processus d'ordre physiologique et sans qu'il soit besoin d'attribuer à l'organisme une faculté d'invention énigmatique.

15). Conformément à leur origine, les antitoxines ont avec les toxines des rapports de nature purement chimique. Les deux corps se combinent pour donner lieu à un produit nouveau, indifférent pour l'organisme, comme l'ont prouvé les recherches de Fraser, d'Ehrlich, de Cherry et Martin, etc.

16). Il résulte d'une étude approfondie des conditions de neutralisation des toxines par les anticorps respectifs, que les poisons contenus dans les bouillons de culture, spécialement ceux fabriqués par le bacille diphthérique ont une constitution extrêmement complexe.

17). Le bacille de Löffler produit deux sortes de substances : 1) *Toxines* et 2) *Toxones*, qui ont toutes les deux la propriété de fixer l'anticorps spécifique et possèdent par conséquent le même groupe haptophore. Le complexe toxophore des toxones exerce pourtant sur l'organisme une action plus faible et sensiblement diffé-

rente de celle du groupe toxophore des toxines (absence de pouvoir nécosant, production de paralysies tardives ; Madsen, Ehrlich.)

18) Tout bouillon diphtérique contient en outre des produits de modification des toxines, ayant une toxicité nulle et pourtant capables de fixer l'anticorps : on les désigne sous le nom de *toxoides*. La genèse des toxoides est due à ce que le complexe toxophore de la molécule de toxine étant beaucoup plus labile que l'haptophore, se détruit plus facilement sous l'influence des agents thermiques et chimiques. Particulièrement démonstratives sont à ce point de vue les recherches qui ont trait à l'atténuation spontanée des poisons diphtériques conservés à l'état liquide et qui prouvent que, tandis que la valeur toxique d'un tel bouillon baisse considérablement, sa valeur neutralisante est conservée entièrement. Il s'agit dans ce cas d'une modification *quantitative*.

19) Il faut admettre plusieurs espèces de toxoides correspondant à des origines différentes. Plusieurs constatations semblent indiquer que, étant donnée la complexité de constitution du groupe toxophore, la destruction complète de la molécule de toxine peut s'opérer graduellement, et que, si l'on employait un traitement convenable, on pourrait obtenir des toxoides doués d'un pouvoir toxique partiel.

20) Il est donc possible de provoquer une production d'anticorps, non seulement en utilisant des toxines, mais encore des toxoides. On peut, en effet, immuniser facilement rapidement contre le tétanos des animaux aussi sensibles que la souris et le cobaye, rien qu'en leur administrant des toxoides. Quand donc il s'agit d'immuniser des individus malades, dont la sensibilité est par conséquent augmentée, on doit recourir en premier lieu à l'emploi des toxoides.

21) De nouvelles constatations ont permis de voir que les deux groupes toxophore et haptophore de la molécule de toxine, se retrouvent aussi dans certains ferments. L'hypothèse de Morgenroth sur l'existence d'un groupe haptophore et zymophore dans le ferment lab, a été vérifiée récemment par Myers et Bashford, qui ont découvert les zymoïdes, analogues aux toxoides.

22) Des recherches plus récentes ayant trait à toute une classe importante de poisons cellulaires représentée en particulier par les bactériolysines, les hémolysines et les cytolytines (Pfeiffer, Bordet, Landsteiner, von Dungern, Metchnikoff, Moxter), ont montré que ces poisons ont une constitution complexe. D'après Ehrlich et Morgenroth, l'*immunkörper* spécifique se combine à la température de l'organisme avec le *complément non spécifique* pour donner naissance à un produit doué de propriétés toxiques et qui est analogue aux toxines. L'*immunkörper* contient ici le groupe haptophore, tandis que le groupe toxophore est représenté par le complément.

23) Le fait que l'*immunkörper* offre une affinité spécifique à l'égard des cellules (bactéries, globules rou-

ges, spermatozoïdes) qui ont servi à l'immunisation, s'explique d'après la théorie des chaînes latérales, en admettant l'existence de récepteurs possédant deux groupements doués d'affinités de combinaison différentes.

L'immunité bactérienne et l'immunité antitoxique offrent donc beaucoup de points communs que la théorie des chaînes latérales, en permettant de saisir les transitions, établit d'une manière lumineuse.

OBSTETRIQUE

Des fontanelles.

par M^{lle} PARISSELLE.

D'après Mlle Pariselle, qui a consacré à l'étude des fontanelles un important travail, les fontanelles augmentent jusqu'à l'âge de 6 mois ; à partir de cette époque, alors que la tête continue à augmenter, les fontanelles diminuent parce que l'ossification devient plus active.

L'ossification est plus active dans le sens antéro-postérieur, de telle sorte que vers 14 ou 15 mois il se produit un rapport inverse des diamètres ; le diamètre transversal devient le plus long.

L'évolution des fontanelles n'est pas toujours en rapport avec le volume de la tête mais avec le contenu de la boîte crânienne.

Mlle Pariselle étudie avec soin les modifications qui surviennent alors ; elle montre que lorsque les liquides de l'encéphale diminuent comme chez les athrepsiques, les fontanelles disparaissent et tendent à s'oblitérer ; elles n'existent pas, il y a même synostose crânienne quand la substance cérébrale ne se développe pas (microcéphalie).

Chez les rachitiques les fontanelles s'oblitérent plus tard, parce que l'évolution osseuse est retardée. Chez les rachitiques congénitaux les fontanelles n'existent pas, le tissu fibreux est parsemé de plaques osseuses disséminées dans le tissu fibreux. Chez l'achondroplasique dont le tissu osseux est nettement apparent, la tête est très ossifiée et les fontanelles sont normales, mais les fontanelles anormales sont fréquentes.

Les fontanelles anormales se rencontrent plus fréquemment chez les hydrocéphales et chez les rachitiques que chez les enfants normaux.

Tandis que la fontanelle antérieure est plus longtemps persistante chez l'enfant, chez les petits animaux au contraire les fontanelles postérieures sont plus longues à évoluer, et on les voit persister quelquefois assez longtemps après la naissance.

L'ectopie cérébrale se fait presque toujours sur la ligne médiane au niveau des espaces fontanellaires. Il y a d'abord hernie du cerveau, puis arrêt de l'ossification autour du pédicule et formation d'un orifice osseux.

Quelquefois l'hernie s'est produite en même temps que s'arrêtait l'évolution osseuse, et le cerveau apparaît complètement développé dans les parties molles.

Chez les monstres doubles, il existe une fontanelle antérieure à peu près, à cheval sur les deux sujets, quel quefois médiane ; elle est le plus souvent reportée un peu à droite ou à gauche.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Fractures et enfoncements du crâne chez le fœtus au cours de l'accouchement

par M. PRUDHOMME (Thèse de Paris).

Les enfoncements de la voûte du crâne du fœtus produits par l'accouchement se présentent, nous dit M. Prudhomme, avec des aspects différents, aplatissement, enfoncement en gouttière ou en cuiller, avec ou sans fractures. Ils peuvent se produire dans l'accouchement spontané avec bassin normal : ils s'observent plus fréquemment dans les accouchements dystociques terminés spontanément ou artificiellement. Ils ont pour cause la plus fréquente la pression exercée par la saillie du promontoire pendant l'engagement de la tête. Leur siège et leur forme diffèrent suivant qu'il s'est agi d'une présentation du sommet ou du siège. On peut les prévoir quand, dans un accouchement dystocique, on sent la tête s'engager brusquement avec un ressaut. Ils se traduisent après la naissance par des signes locaux et par des signes généraux et fonctionnels plus ou moins graves, dus à la compression cérébrale. Leur évolution est variable : dans les cas bénins, ils se redressent spontanément, mais il est loin d'en être toujours ainsi. Souvent la mort survient dans les heures ou dans les jours qui suivent. Si l'enfant survit, l'enfoncement peut persister, accompagné ou non de compression cérébrale (paralysie faciale, hémiplegie). Même en dehors de signes fonctionnels concomitants, la persistance de l'enfoncement doit faire craindre la possibilité des troubles cérébraux ultérieurs. La présence de signes généraux graves, ou de signes de compression locale par un enfoncement crânien, doit être une indication formelle de tenter le redressement de la portion déprimée ; on a souvent dans ces cas une guérison immédiate. Même en l'absence de troubles actuels sérieux des fonctions cérébrales, la crainte de troubles ultérieurs devrait pousser à l'intervention, dans des cas d'enfoncement, large ou profond. On doit prévenir ces lésions crâniennes dues à la dystocie en faisant de l'accouchement sans violence une règle absolue.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

PEDIATRIE

Traitement de la paralysie obstétricale du bras chez un nouveau-né.

(H. DAUHEZ).

Diagnostic des paralysies obstétricales. — Les paralysies obstétricales sont traumatiques ou spontanées.

A. *Traumatiques* : Compression du plexus brachial par le même instrument. Tiraillements trop violents des membres pendant la version.

B. *Spontanées* : Compression facial sur l'angle sacro-vertébral (bassin rétréci). Extension forcée du cou (présentation de la face). Circulaires serrées du cordon.

Diagnostic différentiel avec la pseudo-paralysie syphilitique. — Rechercher la syphilis de l'enfant. La pseudo-paralysie apparaît quelques jours ou quelques semaines après la naissance. Décollement des épiphyses. Douleurs vives à la pression du point épithysaire décollé ou fracturé. Conservation du mouvement dans les segments voisins des membres.

Traitement des paralysies obstétricales. — Ces paralysies sont en général bénignes et rapidement curables si elles sont prises au début. Passé le treizième jour, ces paralysies non traitées peuvent persister lorsqu'il y a des lésions osseuses concomitantes de celles du plexus nerveux, dans la version surtout.

Au contraire, les paralysies congénitales (malformation cérébrale) sont incurables.

1° Dès le début de la paralysie, on pratiquera des affusions chaudes ou des douches locales, avec cinq ou six litres d'eau très chaude (45 à 50 degrés) versée à l'aide d'un broc sur le membre malade, qui sera massé en même temps sous la douche. Ajouter à l'eau chaude de la douche :

Mixture.

Vinaigre aromatique.....	100 grammes.
Teinture d'arnica.....	30 —
— de noix vomique..	5 —
— de cannelle.....	15 —

(Usage externe).

2° Après la douche, enveloppement du membre avec une feuille d'ouate cardée après onction avec la pommade suivante :

Galacol synthétique cristallisé.	30 centigr.
Teinture d'iode fraîche et non acide.....	3 grammes.
Axonge benzoïnée.....	} aa 15 —
Lanoline.....	

(Usage externe).

3° Massage et électrothérapie. Séances de faradisation de cinq minutes tous les deux jours au moins,

courants faradiques faibles aux deux pôles des muscles atteints. Ne jamais appliquer les électrodes sur les faisceaux nerveux correspondant aux membres atteints, ni sur les centres nerveux.

(*Rev. de thér. de clin. inf. — Gaz. des hôp.*)

HYGIÈNE.

Les églises au point de vue de l'hygiène

M. Remlinger, médecin aide-major, étudie longuement cette question dans la *Revue d'hygiène*. La salubrité des églises laisse à désirer en raison : 1° du mauvais état de la ventilation ; 2° de l'insuffisance du chauffage et de l'éclairage ; 3° de particularités défectueuses dans le revêtement du sol (planchers, nattes, tapis) et l'ameublement (sièges, confessionnaux, bénitiers, etc.) ; 4° de pratiques vicieuses de nettoyage (balayage à sec). M. Remlinger étudie tout particulièrement ces derniers points. Les confessionnaux, qui sont de véritables nids à poussières, ne trouvent pas grâce devant notre confrère, qui propose de les remplacer par une simple paroi munie d'un guichet en son milieu. Dans un certain nombre d'églises, se trouvent des statues ou des reliques que les fidèles vénèrent en les embrassant. Casagrandi et Mazza ont examiné à Rome et à Turin la couche superficielle de quelques unes de ces statues, et ils ont rencontré le bacille de Lœffler, le bacille de Koch, le pneumocoque, etc. Tout aussi importante est la question de l'eau bénite et des bénitiers. Vincenzi eut l'idée de pratiquer l'analyse bactériologique de l'eau des églises de Sassari, où régnait une épidémie de diphtérie ; il y rencontra le bacille de Lœffler. M. Abba a pratiqué de même à Turin l'analyse de trente-quatre échantillons d'eau bénite, et il est arrivé à des chiffres fantastiques. M. Remlinger a constaté que l'eau des églises de Turin pouvait supporter la comparaison avec les pires eaux bénites de Turin. Il convient donc ou d'ajouter à l'eau d'un antiseptique qui la rende inoffensive, ou de la distribuer à l'aide d'appareils spéciaux, à l'abri du contact impur des extrémités digitales. Deux appareils ont été imaginés dans ce but. M. Bruns (de Harlem) remplace le bénitier par une élégante fontaine munie d'un siphon spécial qui détermine l'égouttement continu de l'eau. L'autre, dû à un Italien, M. A. Dalpiaz, exige, pour provoquer l'issue du liquide, la pression du doigt sur un ressort. Cependant, le plus grand inconvénient des églises au point de vue hygiénique, paraît résulter de la façon dont le nettoyage y est pratiqué. Le balayage à sec est seul usité ; pendant cette opération les fenêtres ne sont jamais ouvertes. Les poussières auxquelles de nombreux bacilles de Koch sont certainement incorporés se répandent dans la nef ; elles retombent sur le sol, les sièges, les confessionnaux, les bénitiers et

le cycle recommence. C'est certainement l'origine de nombreux cas de tuberculose et de pneumonie. L'interdiction de cracher à terre, l'installation de crachoirs à hauteur d'homme, le remplacement du balayage à sec par le nettoyage humide sont autant de mesures qui s'imposent.

Les églises intéressent encore l'hygiéniste au point de vue de la sécurité des personnes qui les fréquentent. Les incendies y sont fréquents et y prennent parfois des proportions épouvantables : 2400 personnes ont péri dans la cathédrale de Santiago (Chili), le 8 décembre 1864. Ces accidents sont surtout fréquents les jours de première communion, où les jeunes filles disparaissent sous de grandes voiles blanc éminemment inflammables et portent à la main un scierge : l'allumette à côté de la poudre. M. Remlinger insiste vivement sur la disposition vicieuse des portes qui, presque toujours, s'ouvrent en dedans et rendent, en cas de panique, l'évacuation de l'édifice absolument impossible.

Après avoir décrit l'église hygiénique, type qui doit être l'église de l'avenir, notre confrère compare à l'hygiène des édifices du culte catholique celle des édifices des autres cultes, et il fait remarquer que la comparaison n'est peut-être pas à l'avantage des églises. De l'hygiène des mosquées sur laquelle notre confrère s'étend longuement, nous retiendrons cette particularité intéressante que les musulmans se déchaussent avant d'entrer à la mosquée. Ils entrent en tenant leurs sandales à la main *semelles contre semelles* et pendant qu'ils prient, ils les gardent devant eux, la face supérieure de la sandale reposant sur la natte. Les musulmans ne crachent jamais dans les mosquées ; les riches crachent dans leur mouchoir ; les pauvres prennent à la main leurs sandales disposées de la façon indiquée ; ils crachent sur l'une des semelles, puis ils appliquent les deux semelles l'une contre l'autre et ils remettent le tout sur la natte préservée ainsi de toute souillure. De ce petit détail et de nombreuses autres particularités signalées au cours de son travail, notre confrère croit pouvoir conclure que, même au point de vue hygiénique, les Européens ont à apprendre des musulmans et à leur emprunter.

(*Gaz. des hôp.*)

FORMULAIRE

Contre les sueurs de phtisiques.

Hirschfeld recommande les frictions avec le mélange suivant :

Baume du Pérou.....	1 gramme.
Acide formique.....	5 —
Hydrate de chloral.....	5 —
Alcool absolu.....	100 —

On peut augmenter la puissance du remède en ajoutant 1 gramme d'acide trichloracétique.

(*Gaz. des hôp.*)

Travaux Originaux

Note sur le traitement de la phlegmasia alba dolens par une solution picrique.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur de gynécologie à l'université Laval ;
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, etc.

Dans notre service et en clientèle privée nous avons remarqué la fréquence plus que ordinaire, cette année, de la phlegmasia, comme complication de l'état puerpéral et surtout comme complication post-opératoire des interventions pelviennes. Ainsi, entre bien d'autres cas, nous l'avons vue chez deux femmes à la suite de simple curetage pour endométrite non puerpérale, et chez un homme à la suite de cystotomie sus-pubienne pour pierre.

Le traitement que nous avons adopté dans nos cas — en sus du bandage ouaté, compressif et de la chaleur — a été l'acide picrique. C'est lui qui nous a semblé agir le plus vite, et sur la douleur et sur le gonflement. Nous l'avons prescrit en solution alcoolique saturée, sous forme de badigeonnages, deux ou trois fois par jour. Nous avons cru qu'en solution alcoolique, le pouvoir pénétrant était plus considérable.

Nous réservons la solution aqueuse pour les affections où il y a dénudation et grande sensibilité des téguments (brûlures, ulcérations activement inflammées, etc.) et la solution étherée — des meilleures pour déposer le médicament sous forme de poudre impalpable et en couche uniforme — pour les ulcérations chroniques, les injections urétrales rétrogrades dans la blennorrhagie chez la femme, etc.

Note sur le traitement de la folliculite de l'aisselle par la gazoline.

par M. T. BRENNAN, M. D.

Cette année il m'a été donné de traiter quatre cas de folliculite de l'aisselle. Cette maladie est le plus souvent rebelle au traitement, dure longtemps, présente des altérations de mieux et de pire, passe souvent à la suppuration et est des plus souffrantes et des plus ennuyeuses pour les patients. Après avoir autrefois employé bien des traitements avec un succès médiocre, j'ai voulu tenter, dans ces derniers cas, l'emploi de la gazoline. Le résultat a été excellent ; la démangeaison, si vive et si souffrante parfois, a cédé rapidement, et la maladie

elle-même a été prestement et radicalement enrayée. Je me suis arrêté à la formule suivante, en dernier lieu, y trouvant une indication spéciale à chacun de ses agents :

Gazoline.

Ether sulfurique.

Benzine.

Eau de Cologne, p. égales.

Bien agiter, et appliquer deux ou trois fois par jour, en frictionnant légèrement, au moyen d'un tampon de coton hydrophile. Laisser sécher ; puis, comme adjuvant appliquer un onguent, comme le suivant, par exemple :

Résorcine.....	2 drachmes.
Acide salicylique.....	20 grains.
Baume du Pérou.....	2 drachmes.
Acide borique.....	30 grains.
Menthol.....	5 —
Cold cream.....	
Lanoline.....	p. é. 2 onces.
Essence de rose.....	q. s.

Coq-à-l'âne médicaux.

L'urine. — D'après Wm. Wood, de New-York, (Congrès de Paris) il y aurait dans l'urine un composé — qu'il a appelé l'uréine — qui produit avec le ferri-cyanure de potassium une coloration bleue, analogue à celle qui caractérise la morphine. Aucun autre corps connu de l'urine ne donne cette réaction. Ce nouveau corps serait la cause de l'urémie et de la décomposition ammoniacale de l'urine.

Panniculite. — Delassus (*J. Sc. Méd. Lille*) fait une étude très intéressante et très pratique de cette affection fréquente, mais peu connue, la panniculite ou l'inflammation du pannicule graisseux. Stapfer, en 1893, avait déjà insisté sur cette question et avait indiqué le traitement de la maladie. Celle-ci se révèle surtout par la palpation et par la pression d'un gros pli à la peau ; il y a douleur manifeste alors et on sent des petits nodules indurés, des grains, de l'empatement, de la difficulté parfois à bien former le pli. Les nerveux seraient plus sujets à la maladie. La douleur semble avoir plus de tendance à se localiser à la région péri-ombilicale ; s'irradie souvent vers l'arcade crurale, où elle cesse subitement. Comme cette maladie coïncide souvent avec des lésions pelviennes, il faut s'en défier, car elle passerait inaperçue.

Kjellberg. (J. des Praticiens) dit que cette affection est une inflammation du tissu graisseux sous-cutané qui se voit surtout chez les femmes obèses et nerveuses et qui est probablement de nature infectieuse. Elle peut être généralisée ; quand elle est locale, c'est surtout à l'abdomen qu'on la trouve. L'affection est chronique et peut durer des années.

L'unique traitement est le massage, la malaxation, l'écrasement des grains.

L'amygdale linguale. — Levy, de Denver, rappelle de nouveau l'attention sur l'importance qu'il y a de ne pas oublier l'existence de cette amygdale, qui, à l'état pathologique, cause du malaise local, de la toux très tenace, des désordres de la voix, des troubles respiratoires, de la dysphagie et des hémorragies. C'est elle qui serait la cause du globus hystericus, suivant Lennox Brown. (*Denver Med. J.*)

Signe de Smith. — Diagnostic de l'adénopathie trachéobronchique chez les enfants. — Brudzinski fait procéder ainsi (*Bull. méd. — Lyon méd.*) : La tête étant renversée en arrière de telle façon que le visage soit horizontal, le stéthoscope placé au niveau du manubrium sternal entend un souffle veineux. Celui-ci résulte de la compression, entre les ganglions grossis et le sternum, de la veine innommée gauche qui passe transversalement derrière le manubrium. L'enfant doit, pendant la recherche, suspendre sa respiration.

NIBB.

Revue des journaux

MEDECINE

Conclusions d'une étude sur la diazoreaction d'Ehrlich

par HÈSE (Lille).

La diazoreaction d'Ehrlich est un procédé d'investigation clinique général qui peut rendre des services au praticien ; nous croyons que toute analyse d'urine complète devrait comprendre la recherche de cette réaction diazoïque dont l'utilité paraît actuellement plus grande que la recherche de l'indicanurie et de l'urobilinurie.

Toujours absente dans les urines normales, elle a, dans les urines pathologiques, tantôt une valeur diagnostique, tantôt une valeur pronostique.

Dans la fièvre typhoïde, où elle peut être considérée comme fréquente, elle apparaît du deuxième au sixième jour. Son intensité suit la courbe thermique. Elle prévoit les rechutes et réapparaît avec les récidives. Elle ne doit pas remplacer la clinique, mais elle doit en être un adjuvant précieux. Elle n'existe jamais dans l'embarras gastrique fébrile. Elle a une valeur diagnostique.

Elle semble constante dans le typhus exanthématique.

Elle apparaît dans le cours de la rougeole en même temps que l'éruption ; on la trouve dans cette affection plus fréquemment que dans la scarlatine.

Dans l'érysipèle, où la diazoreaction se voit dans les deux tiers des cas, son absence peut faire établir un pronostic bénin. La réaction diazoïque se rencontre plus ou moins intense dans d'autres cas, et une réaction très prononcée doit faire craindre une issue fatale.

Dans la tuberculose, elle aide au pronostic. Tout tuberculeux présentant une diazoreaction positive doit être considéré, les signes cliniques étant les mêmes, comme étant plus gravement atteint que celui dont les urines ne donnent pas la réaction.

Dans la syphilis, la diazoreaction n'apparaît jamais.

LA DIAZOREACTION AU POINT DE VUE CHIMIQUE. — Les corps diazoïques ont été découverts, vers 1860, par Peter Griess. On les obtient, d'une manière générale, en faisant réagir l'acide nitreux sur les corps amido-benzéniques. Ces composés ne sont pas, par eux-mêmes, des matières colorantes, mais ils entrent très facilement en combinaison avec un grand nombre de corps aromatiques, notamment avec les métadiamines, les anilines tertiaires, etc., avec lesquels ils forment des matières colorantes très riches, les colorantes azoïques.

Ces corps diazoïques ne sont pas très stables. On les prépare donc d'une façon extemporanée, si bien que la diazoreaction, telle que nous avons à l'étudier ici, comprend trois stades : 1° faire une solution d'un corps amido-benzénique, l'acide sulfanilique par exemple ; 2° le transformer en un corps diazoïque, par l'action de l'acide nitreux ; 3° transformer ce corps diazoïque en un colorant azoïque, en le mettant en présence d'une aniline tertiaire par exemple, la diméthylaniline je suppose. Enfin, l'acide nitreux, à cause de son instabilité, doit être remplacé par du nitrite de soude et de l'acide chlorhydrique, association qui produira, *in loco*, l'acide nitreux nécessaire à la réaction. Finalement la production d'un colorant azoïque, à partir de l'acide sulfanilique, sera donc représentée par l'équation suivante :

Acide sulfanilique + acide chlorhydrique + nitrite de soude (donnant de l'acide diazobenzène-sulfonique) + diméthylaniline = colorant azoïque.

On voit donc que toute substance pouvant jouer le même rôle que la diméthylaniline donnera avec un mélange d'acide sulfanilique, d'acide chlorhydrique et de nitrite de soude une matière colorante azoïque.

Mais le mélange en question, c'est-à-dire l'acide diazobenzène-sulfonique, s'altère rapidement. Il faut donc conserver, à part, ses constituants. Le mélange de nitrite de soude et d'acide chlorhydrique s'altère aussi très vite. On conserve donc finalement, d'une part, une solution d'acide sulfanilique additionnée d'acide chlorhydrique et, d'autre part, une solution de nitrite de soude. Le mélange de ces deux solutions, fait au moment des besoins, constituera le réactif diazoïque.

L'urine normale, traitée par le réactif diazoïque, donne une coloration rouge. Elle contient donc un ou plusieurs corps qui se comportent comme la diméthylaniline, c'est-à-dire qui sont capables de se combiner avec le réactif diazoïque pour donner un colorant azoïque. Mais Ehrlich a montré que si l'on prépare le réactif diazoïque d'une certaine façon et si on l'emploie dans de certaines conditions, l'urine normale ne donne plus de coloration sensible. Seules, certaines urines pathologiques sont colorées en rouge, et cette coloration a une signification diagnostique ou pronostique intéressante.

Il est nécessaire, par conséquent, de s'en tenir strictement aux instructions d'Ehrlich, qui sont les suivantes :

“ Deux solutions sont préparées et tenues en réserve : L'une, la solution A, contient :

Eau distillée.....	1.000 gr.
Acide chlorhydrique....	50 gr.
Acide sulfanilique.....	Q. S. ad sativum.

“ L'autre, la solution B, contient :

Eau distillée.....	100 gr.
Nitrite de sodium.....	0 gr. 50

“ Pour constituer le réactif définitif on mélange :

250 centimètres cubes de la solution A.
5 centimètres cubes de la solution B.

“ Puis on verse dans un tube à essai parties égales d'urine et du réactif ; enfin on alcalinise fortement avec l'ammoniaque.

“ Dans les cas où la diazoréaction est présente, le liquide prend alors une belle coloration rouge qui se communique à l'écume en agitant ; enfin, en laissant reposer 24 heures, on constate un dépôt, dont la totalité ou seulement la couche supérieure est colorée en vert.

“ Toute modification à cette manière de faire mène à des résultats différents ”.

Il est prudent de placer chaque solution dans un flacon coloré et de changer assez fréquemment ces solutions. De l'union de ces deux solutions naît le réactif d'Ehrlich qui, lui, se décompose rapidement, en moyenne au bout de deux ou trois jours ; aussi est-il prudent de changer de réactif chaque jours. Une seconde précaution à prendre est de ne se servir que d'une urine fraîchement émise, car, lorsqu'elle est ancienne ou conservée pendant les jours de grande chaleur, des fermentations se produisent, et la diazoréaction est négative. Cependant, il est des cas où la recherche de la diazoréaction doit être retardée ; suivons alors le conseil du professeur Chantemesse “ d'ajouter à l'urine un peu d'éther. Mise ainsi à l'abri de la fermentation, l'urine conserve pendant plusieurs jours le pouvoir de donner la réaction. ”

Notons encore que si l'on peut mélanger les réactifs et l'urine dans n'importe quel ordre, l'ammoniaque doit n'être mis qu'en dernier lieu, faute de quoi la réaction serait négative ; de plus, il faut verser l'ammoniaque d'une façon brusque et non goutte à goutte, de manière à ce que la coloration apparaisse brusquement et non progressivement.

Quelquefois, au contact du réactif, l'urine prend une coloration brunâtre et même rougeâtre : ce sont les “ pseudo colorations ” signalées par Ehrlich ; mais l'écume est alors blanche. Du reste, pour se mettre à l'abri de ces pseudo-colorations il suffit d'employer des réactifs parfaitement dosés et fréquemment renouvelés.

(Arch. prov. de médecine.)

CHIRURGIE

Le traitement du bec-de-lièvre chez l'enfant

par ALBERT MILLS.

1° *L'âge auquel il convient d'opérer.* — Parmi les anciens auteurs nous voyons Dianis, Garengoet, Boyer, Dupuytren partisans de l'opération tardive, plus récemment Gotthelf, Hoffa. Partsen se sont déclarés également partisans de l'opération tardive, lorsqu'il s'agissait du bec de lièvre compliqué, déterminant un choc opératoire considérable. Ledrem, Ronhuysen, Heister, Busche et récemment Kirmisson, Tillaux, sont partisans de l'opération hâtive et ne remettent pas celle du bec-de-lièvre compliqué au delà de cinq à six mois.

Parmi les nombreux cas de becs-de-lièvre que nous avons vu opérer dans le service par M. Charon, nous pouvons dire que, à condition que l'émostase soit très minutieusement faite, l'opération de bec-de-lièvre, même compliquée, peut se faire à l'âge de quatre à six semaines et être suivie de résultats satisfaisants au point de vue de la mortalité. Quels sont les avantages de l'opération hâtive ? Tout d'abord, le critérium esthétique de l'opération peut être atteint ; ensuite la mise en place du bourgeon incisif, lorsque le cas est compliqué ; la réformation du nez, la minime étendue des sutures se fera dans un sens sensiblement rapproché de la normale et le résultat final sera très beau. L'intervention hâtive est donc à conseiller, à condition que l'hémorragie au cours de l'opération soit réduite à son minimum.

2° *Le traitement du bourgeon incisif.* — Si l'opéra-

tion est faite dans le bas âge, le traitement de l'os incisif sera beaucoup plus facile. Sans vouloir passer ici en revue tous les procédés qui ont été imaginés pour parer à ce temps difficile de l'opération du bec-de-lièvre compliqué, citons cependant quelques moyens qui ont été préconisés. Franco propose l'ablation pure et simple de cette partie osseuse. Kirmisson a fait justice de ce procédé, qui amène des inconvénients plus graves encore que ceux de la malformation buccale elle-même. Desault préconise une compression lente et graduée du tubercule amenant son refoulement progressif, cette intervention est rarement possible. Gensoul imagine de fracturer la partie osseuse en la faisant basculer en arrière ; c'est là un moyen brutal ne permettant pas de limiter la fracture qui peut aller jusqu'à l'éthmoïde. Blandin résèque une partie de la cloison nasale en arrière du bourgeon, au moyen de ciseaux. Mirault (d'Angers) emploie la résection sous-périostée du vomer et la réunion de cet os au tubercule incisif.

Parmi les auteurs plus modernes, Broca réunit le bourgeon incisif et les bourgeons maxillaires par une suture métallique après les avoir avivés. Kirmisson a traité à peu près de la même façon un cas de bec-de-lièvre compliqué : il se sert du bourgeon médian pour, en le suturant au bourgeon maxillaire du côté droit, compléter " ipso facto " la narine de ce côté. L'autre côté étant non compliqué, il se contentait de l'avivement simple des lèvres par le procédé de Mirault. Tillaux conseille de donner dans le bourgeon médian un coup de la pince de Liston qui permette le refoulement plus aisé. M. Charon, dans les opérations du premier âge, obtient quelquefois la rétrocession du lobule par la compression simple, ce lobule étant encore semi-cartilagineux. Toutefois, pour rendre cette mise en place du bourgeon plus aisée et moins violente, il préconise la technique suivante : Après avoir détaché, au bord interne de l'encoche labiale, la lèvre dans une étendue assez considérable de ses adhérences au bourgeon incisif, le pédicule de celui-ci est attaqué à sa base au moyen d'une petite gouge et d'un maillet, de façon à obtenir de la part du bourgeon une mobilité qui en permette le refoulement manuel au niveau du bourgeon maxillaire correspondant. Les bords des bourgeons qui sont mis en rapport, sont alors avivés et suturés au moyen de forts catguts. La tension des catguts doit pas être trop forte, il suffit que les surfaces cruentées cartilagineuses soient mises en contact. Les avantages de ce procédé sont les suivants : la tension de la suture cutanéomuqueuse est nulle, le bourgeon étant à niveau du maxillaire.

Par la croissance, les incisives se trouveront à leurs bonnes places et l'écartement des dents sera normal. La mise en place du bourgeon rétablit la cloison postérieure et le bord des narines. Le nez un peu déformé immédiatement après l'opération se remet parfaitement et prend au bout de peu de temps une forme normale.

On le voit à ce point de vue ci encore, l'avantage est à l'intervention hâtive, la seule objection n'est à la vérité que l'hémorrhagie.

Murry, dans le *Liverpool Medical Journal* de 1898, publie une statistique de 115 cas de becs-de-lièvre, la plupart compliqués : les règles techniques qu'il observe sont les suivantes : 1° libérer largement la lèvre du maxillaire ; 2° ne pas toucher au bourgeon incisif lorsque le bec-de-lièvre est simple, la lèvre suturée le réduisant à la longue ; 3° mettre un bouton de manchette dans la narine pour aider à la réformation ; 4° dans le cas de bec-de-lièvre double, résection partielle sous-périostée du bourgeon incisif, réduction en arrière de celui-ci et suture du périoste pour éviter l'affaissement de la lèvre ; 5° l'opération peut se faire à partir de la troisième semaine. On le voit, le traitement du bourgeon incisif ressemble en partie à celui de M. Charon, ce dernier, d'ailleurs plus simple, donne les meilleurs résultats dans le premier âge.

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

Du traitement des douleurs thoraciques chez les tuberculeux pulmonaires.

par M. le Dr CHAMPAGNAT (Thèse de Paris).

(Suite)

b) *Analgsiques locaux.* — Les agents analgsiques locaux médicamenteux ont été employés depuis fort longtemps dans le traitement des douleurs. Les liniments à base de belladone, d'opium, etc., sont encore fréquemment usités. Mais leur action nous a paru bien peu efficace dans la plupart des cas où nous les avons vu employer. L'absorption de ces médicaments par la peau saine est en effet très douteuse, très faible dans tous les cas. Il ne faut donc pas compter sur l'action de ces moyens dans les cas un peu tenaces.

Gaïacol. — Le gaïacol, préconisé à l'intérieur par voie digestive ou en injection sous-cutanées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique, peut être employé en badigeonnages dans le traitement des douleurs thoraciques des tuberculeux.

Les badigeonnages de gaïacol peuvent provoquer un certain nombre d'accidents : congestion pulmonaire, hémoptysie, albuminurie. On devra donc user de la plus grande prudence dans leur application ; ils pourront même être formellement contre-indiqués dans certains cas.

Il faut également tenir compte des accidents de collapsus ou de syncope que l'on a parfois observés et des petits accidents locaux tels que érythème, desquamation de la peau.

Salicylate de méthyle. — Le salicylate de méthyle ou éther méthyl-salicylique peut être employé pur ou sous forme d'essence de Wintergreen. Cette essence qui provient de *Gaultheria procumbens* est composée, en effet, en grande partie de salicylate de méthyle. Mais les essais physiologiques ont montré la supériorité du salicylate de méthyle sur l'essence de Wintergreen naturelle.

Cette dernière a une action irritante et caustique sur la peau. De plus, elle présente l'inconvénient de renfermer, à côté du salicylate de méthyle, des produits à action physiologique inconnue. On peut donc craindre une certaine irrégularité dans l'action thérapeutique et peut-être une innocuité moins constante.

D'une manière générale, le salicylate de méthyle a des indications analogues à celles du salicylate de soude. Ce corps en se saponifiant dans le sang, et en s'y transformant en salicylate de soude, agirait comme ce dernier, tout en ayant sur lui l'avantage de ne pas irriter l'estomac.

Toutefois le salicylate de méthyle semble présenter certaines propriétés qui distinguent son action de celle du salicylate de soude. Dans le rhumatisme articulaire aigu, en effet, le salicylate de méthyle calme merveilleusement les douleurs, mais il semble avoir peu d'action sur la température, tandis que le salicylate de soude agit puissamment sur la fièvre. D'autre part le salicylate de méthyle ne produit ordinairement ni malaises, ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles comme le salicylate de soude. Pour expliquer cette absence des troubles produits habituellement par le salicylate de soude, MM. Linossier et Lannois pensent que les bourdonnements d'oreilles sont peut-être des phénomènes réflexes d'origine gastrique et que l'absorption cutanée du salicylate de méthyle est moins brusque que l'absorption intestinale du salicylate de soude.

Quoi qu'il en soit, le salicylate de méthyle en badigeonnages cutanés fut d'abord employé surtout à la place du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu par MM. Linossier et Lannois, Lemoine, Siredey, etc. Puis son action analgésique locale paraissant manifeste, quelques auteurs et en particulier M. Siredey essayèrent ces badigeonnages avec succès dans des affections douloureuses non rhumatismales et en particulier dans les douleurs thoraciques des tuberculeux.

Le mode d'application du salicylate de méthyle est fort simple. On étend au pinceau, sans frictionner, la quantité du salicylate de méthyle convenue sur la région douloureuse. On peut encore verser le salicylate de méthyle sur une petite quantité d'ouate hydrophile qui en sera entièrement imprégnée et que l'on appliquera sur la peau. A quelque procédé que l'on s'arrête, on devra avoir soin de recouvrir de tissu imperméable, de taffetas gommé par exemple, la région en contact avec le médicament afin d'empêcher la diffusion des vapeurs. De plus on pourra envelopper le tout d'ouate ordinaire

afin d'obtenir une température favorable à la vaporisation. Ce pansement sera maintenu en place un temps variable, 5 ou 6 heures au minimum.

Le principal inconvénient du salicylate de méthyle est son odeur pénétrante, insupportable pour certains malades. Dans une salle d'hôpital largement aérée, cette mauvaise odeur disparaît assez vite ou du moins devient supportable. Mais dans un appartement l'odeur persiste plusieurs jours avec une intensité extrême, et sa persistance la rend intolérable.

Cet inconvénient n'est par grave à coup sûr, mais il mérite tout au moins qu'on le prenne en considération. D'ailleurs, le malaise causé par les vapeurs de salicylate de méthyle peut être assez accentué pour déterminer des maux de tête intenses, des nausées, des vomissements.

Quant aux érythèmes qui surviennent parfois à la suite d'une trop grande quantité de médicament, ils ont peu d'importance et on les évitera assez facilement en étant très circonspect chez les sujets à peau délicate.

La dose à employer doit être autant que possible minime. 25 à 30 gouttes suffisent le plus souvent, mais on peut aller sans grand inconvénient jusqu'à 40 gouttes.

Les applications de salicylate de méthyle peuvent à la rigueur être employées chez tous les tuberculeux, mais il est prudent de réserver leur usage pour les malades qui n'ont pas de lésions trop avancées et qui ont un filtre rénal en bon état.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Allium sativum (ail). Son emploi dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

G. Cavazzani (*Suppl. al Policlinicos*, 7 avril) dit qu'il a, depuis deux ans, employé l'ail dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, tant à l'hôpital civile de Venise que dans sa clientèle privée. D'après son expérience, l'ail légèrement desséché peut être administré en nature ou préparé, à la dose quotidienne de 4 ou 6 grammes. Il faut fractionner les doses, et faire en sorte d'obvier à sa seule cause d'intolérance — sa saveur. L'usage doit en être continué pendant longtemps, et les cas favorables au traitement sont suivis d'une prompte amélioration en dedans d'un mois, quelquefois un mieux sensible se voit au bout de quelques jours. Son expérience personnelle s'étend à au-delà de 100 cas, et avec les données fournies par ses confrères, son champ d'observation couvre plus de 200 cas. Toutes les phases de la maladie s'y trouvent consignées. Laissant de côté quelques cas tout-à-fait exceptionnels, tous ont été améliorés par l'ail. Dans quelques cas l'amélioration a été assez marquée pour faire espérer une guérison; tout symptôme morbide échappant à l'examen le plus soigneux.

Les cas récents, sont actuellement les plus favorables;

mais des résultats excellents ont été obtenus, même dans des cas présentant les symptômes les plus nets du second degré de la maladie. Ces résultats ont été observés, non seulement dans l'hôpital mais dans la pratique privée, où l'effet bienfaisant du traitement ne pouvait être attribué à une amélioration des conditions hygiéniques. Dans tous les cas rapportés par Cavazzani le diagnostic clinique a été confirmé par l'examen bactériologique des crachats.

L'amélioration s'annonce dès les premiers jours du traitement, par la diminution et de la fréquence de la toux et de la quantité de l'expectoration ; souvent les crachats, de muco-purulents qu'ils étaient, deviennent simplement muqueux dès le second ou le troisième jour, et cela probablement à cause de l'action antiseptique des huiles volatiles de l'ail.

Dans les cas favorables l'expectoration cesse tout-à-fait après quelque temps. Les signes physiques se modifient plus ou moins rapidement, suivant l'état plus ou moins avancé de la maladie et l'étendu du processus morbide. La température ne tarde pas à devenir normale, les transpirations nocturnes cessent et l'appétit renaît presque invariablement ; le poids augmente et le sommeil devient régulier. Les hémoptysies, dans les cas rapportés par l'auteur et ses amis, ont été enrayerées sans avoir recours à aucun autre remède.

L'usage prolongé de l'ail ne causerait aucun dérangement de la digestion.

DEROME.

Traitement de la diarrhée chez les tuberculeux par la faradisation abdominale.

par E. DOUMER et F. RANÇON.

La technique de cette méthode est des plus simple ; elle est de plus, ce qui n'est pas un mince avantage, à la portée de tous les médecins ; elle consiste dans la faradisation, à l'aide de tampons recouverts de peau de chamois et bien mouillés, de toute la surface abdominale. On doit employer la bobine de gros fil de l'appareil d'induction, car la bobine à fil fin a paru donner des résultats moins bons ; les applications doivent avoir une durée de quatre à cinq minutes, et être renouvelées deux à trois fois par jour ; les tampons seront promenés sur toute la surface abdominale, en insistant plus particulièrement sur la région du colon. L'intensité doit être suffisante pour produire de bonnes contractions des muscles abdominaux.

Généralement, l'amélioration ne tarde pas à se manifester ; très souvent dès le premier jour du traitement les selles diminuent : au deuxième jour ou au troisième jour, elles commencent à prendre de la consistance ; enfin, vers le cinquième jour, en général, la guérison est obtenue.

(Annales d'électrobiologie, — Ind. méd.)

GYNECOLOGIE

Traitement medico-chirurgical de l'endométrite chronique.

par M. KIZKALLAB (Congrès de Paris)

Je divise l'endométrite en : 1° endométrite totale (du corps et du col) ; 2° endométrite cervicale.

Je m'occuperai surtout de la première, que je diviserai, au point de vue clinique, en deux classes principales : endométrite puerpérale (streptococcique) ; endométrite blennorragique.

Mes recherches personnelles m'ont convaincu qu'avec le streptocoque et le gonocoque, il y a plusieurs autres microbes associés qui jouent un rôle important dans l'entretien de la lésion.

Tout d'abord, je déclare bien haut qu'il n'y a pas un traitement unique ou spécifique de l'endométrite. Il y a un traitement mixte : traitement médical et chirurgical à la fois.

1° Partie chirurgicale. — Dilatation de l'utérus dans les deux ou trois jours qui suivent les règles, dilatation qui doit durer deux ou trois jours. Cette dilatation lente permet à l'organe de s'hyperhémier, de se ramollir, de se prêter mieux à l'acte opératoire et de se débarrasser, pour ainsi dire, de ses débris morbides.

La dilation temporaire ne peut la remplacer dans ce cas.

Une fois la dilatation faite, je procède au curetage.

Après le curetage, je cautérise avec une solution saturée de permanganate de potasse, de préférence à la glycérine créosotée, au chlorure de zinc et à la teinture d'iode. Je fais suivre cette cautérisation d'un lavage à l'eau stérilisée. Enfin, je laisse une mèche de gaze aseptique dans la cavité utérine.

2° Partie médicale. — Deux jours après l'intervention chirurgicale, je commence le traitement médical.

Après avoir enlevé la mèche et après avoir fait un lavage abondant à l'eau stérilisée, je cautérise à la solution saturée de permanganate : je fais un second lavage et place de nouveau une mèche de gaze aseptique ; je renouvelle ce pansement tous les deux jours, jusqu'à deux ou trois jours avant l'époque présumée des règles.

Pendant tout ce temps, j'ordonne à mes malades le repos complet.

La plupart de mes malades guérissent au bout de ce traitement qui dure environ un mois. Dans quelques cas, d'ailleurs peu nombreux, la guérison se fait attendre plus longtemps.

Dans ces derniers temps, j'ai eu l'occasion d'essayer le traitement par la solution de chlorure de zinc, d'après la pratique de M. Delbet, et je puis dire, dès à présent, qu'il ne m'a pas donné de résultats bien satisfaisants.

(Indep. méd.)

Nouveau traitement du prolapsus de l'utérus.

par M. J. INGLIS-PARSONS (Congrès de Paris)

Le principe de ce traitement est de stimuler le tissu cellulaire dans les ligaments larges, dans des conditions antiseptiques, de sorte que le cours de la reformation des tissus se produit d'une manière similaire à celle des autres parties du corps.

Le chirurgien, par l'injection d'une solution de quinine ou de toute autre liquide, produit la formation de lymphes, la nature fait le reste, la réorganisation suit, et les ligaments deviennent alors assez forts pour supporter l'utérus. L'opération consiste à faire pénétrer une fine aiguille à travers les parois du vagin jusqu'à moitié de la partie basse des ligaments larges et y injecter une solution de sulfate de quinine.

Un pessaire est nécessaire pendant quelques jours pour maintenir l'utérus en place jusqu'à la formation de la lymphe, on peut alors l'enlever.

L'emploi d'un anesthésique n'est pas nécessaire, mais est cependant meilleur quoique l'opération ne dure que quelques minutes.

Après l'opération il y a peu ou point de douleur et la température reste généralement normale.

La patiente doit garder un repos de quatre à huit semaines selon la gravité du cas jusqu'à complète réorganisation.

Une injection est souvent suffisante, mais pour des cas existant depuis plusieurs années deux ou trois peuvent être nécessaires.

L'opération a été faite à tous les âges : entre vingt et-un et soixante et six ans.

Le traitement ne gêne pas la grossesse, l'accouchement à terme de deux malades s'étant produit dans d'excellentes conditions. En procédant avec soin et en employant les méthodes antiseptiques, l'opération n'est pas dangereuse, aucune malade n'ayant succombé.

Les résultats sont excellents. Le premier cas a eu lieu il y a trois ans et la patiente est encore en bonne santé.

Trente cas en tout ont été traités.

La plus grande partie étaient des patientes atteintes de procidence complète, quelques-unes d'entre elles souffraient depuis plus de vingt ans. Outre le prolapsus les parois vaginales et l'assise pelvienne étaient molles et distendues. L'utérus était agrandi et lourd, quelquefois ulcéré par frottement ou portait une grande érosion, et présentait de l'endomérite provenant de congestion chronique.

(L'Ind. méd.)

PÉDIA TRIE

Maladies du naso-pharynx en pédiatrie

(par HUBERT)

L'auteur donne sur ce sujet, dans les *Archives of Pediatrics*, une étude clinique détaillée.

Après avoir exposé l'anatomie et la physiologie du naso-pharynx, il appuie sur l'importance d'une respiration nasale libre.

Les anatomistes ont clairement démontré, dit-il, que les vaisseaux lymphatiques de la muqueuse naso-pharyngienne communiquent directement avec ceux de la base du cerveau.

Les bactériologistes ont prouvé la présence dans le nez et la gorge de micro-organismes semblables à ceux trouvés dans beaucoup de cas de méningites.

Les observations cliniques montrent que les différentes variétés de méningites sont plus communément observées de 3 à 5 ans, quand les troubles naso-pharyngiens sont très communs.

La communication intime des vaisseaux lymphatiques, et l'identité des microbes du naso-pharynx avec ceux trouvés dans un grand nombre de cas de méningites, tendent à expliquer l'étiologie, autrefois obscure, des inflammations du cerveau et des méninges.

Voici la conclusion de son étude :

1° L'extirpation des hypertrophies lymphatiques naso et oro-pharyngiennes, la guérison du catarrhe naso-pharyngien, rendront au nez sa perméabilité.

Si on a agit au début, beaucoup d'altérations pathologiques pourront être évitées.

2° La santé générale sera plus ou moins améliorée.

3° Les facultés mentales et l'intelligence seront améliorées.

4° Les défauts de la parole et de l'ouïe dus à des troubles nasaux disparaîtront.

5° La surdité et le mutisme seront soulagés.

6° Les sensations du goût et de l'odorat seront rétablis.

7° Les réflexes nerveux de différents genres seront modifiés ou guéris.

8° Les hémorragies nasales, ainsi que celles supposées pulmonaires, disparaîtront.

9° Les difformités thoraciques seront améliorées ou réparées.

10° La prédisposition à la rhinite aiguë, à la pharyngite, à la laryngite, à la bronchite et à la pneumonie devient moindre, quand la respiration normale est rétablie.

11° Les dangers accompagnant la présence des ganglions lymphatiques cervicaux hypertrophiés seront évités.

12° L'invasion des différentes maladies infectieuses

est vraisemblablement moindre quand la muqueuse nasale est en état sain.

13° Le danger d'infection des méninges par le nasopharynx sera amoindri.

14° En général les complications de l'oreille, et particulièrement celles qui accompagnent les maladies infectieuses, seront évitées ou rendues moins dangereuses.

RHEUME.

La pleurésie purulente du nouveau-né et du nourrisson.

par O. MACE (*L'Obstétrique*)

La pleurésie purulente est une affection rare chez le nouveau né et le nourrisson ; mais ce que démontrent les observations publiées, c'est que la variété suppurée est plus fréquente chez le nouveau-né que la pleurésie séro-sanguinolente ou la pleurésie sèche. M. Macé a pu recueillir 7 observations de cette maladie et les étudier au point de vue bactériologique.

L'infection, dans la pleurésie purulente du premier âge, peut se faire de deux façons différentes.

Chez le nouveau-né, c'est l'infection puerpérale qui est, le plus souvent, la source de l'infection pleurale. Il se fait alors une infection du parenchyme pulmonaire par contamination *in utero*, d'où broncho-pneumonie dans les premiers jours de la naissance et, consécutivement, pleurésie purulente. Mais cette dernière peut s'observer aussi à la suite de la broncho-pneumonie non puerpérale, ou à la suite de la tuberculose pulmonaire.

Dans d'autres cas, l'infection pleurale est primitive, sans participation de phlegmasie pulmonaire antérieure. Il s'agit alors d'une infection généralisée, à point de départ bronchique, intestinal ou ombilical. Enfin, il faut bien savoir que la purulence, dans la pleurésie, se produira facilement chez tout nouveau-né ou nourrisson cachectique ou affaibli.

Le pus, dans la pleurésie purulente du nouveau-né, occupe la grande cavité pleurale, mais a une tendance à se localiser entre la plèvre et le péricarde. Il y a production abondante et rapide de fausses membranes minces et friables. Le pus est très vert et sans odeurs. La quantité est, en général, minime (20 à 60 grammes). L'infection est toujours pure et produite soit par le streptocoque, soit par le staphylocoque doré, soit par le pneumocoque.

Les symptômes de la pleurésie purulente, sans être d'une netteté absolue, permettent cependant d'établir le diagnostic de l'affection : le thorax est légèrement dilaté d'un côté ; les espaces intercostaux font une légère saillie et semblent immobiles ; il y a souvent du tirage sous-sternal. A la percussion, matité ou submatité, à l'auscultation, diminution ou abolition de la respiration du côté malade. Au début, respiration bronchique. Il

y a, de plus, des symptômes généraux : pâleur, perte de poids, diarrhée, fièvre avec oscillations thermiques. Il faut faire le diagnostic d'avec la broncho-pneumonie ; mais ici la température est plus élevée, sans rémissions ; il y a des râles fins et humides.

Le pronostic de la pleurésie purulente est très grave : toute pleurésie non traitée tue l'enfant.

Comme traitement, il faut rejeter la ponction simple, la ponction suivie de drainage, toutes deux insuffisantes. Le seul traitement rationnel consiste dans l'empyème, fait dans le 5^e ou 6^e espace intercostal, et accompagné, si possible, d'une résection costale partielle.

(*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

Respiration stridoreuse des nouveau-nés ou stridor congenital.

MM. Le March Hadour et Variot rapportent un cas de cette maladie, qu'ils ont eu l'occasion d'observer récemment chez un bébé d'un mois. Il se produisait à chaque inspiration un bruit musical comparable à un gloussement de poule ; ce bruit ne cessait pas pendant le sommeil ; il augmentait dans les inspirations forcées. L'expiration était libre et silencieuse ; la voix et la toux avaient leur timbre normal ; il n'y avait ni tirage ni cyanose ; l'enfant tétait bien, sans interruptions.

Les auteurs de la communication étudient ensuite avec détails la pathogénie de cette affection, et passent en revue des diverses interprétations possibles : spasme de la glotte, hypertrophie du thymus (asthme de Kopp), ou malformation du larynx, signalée par divers auteurs anglais, et constatée un fois par M. Variot dans un cas suivi d'autopsie. Dans ce cas, l'épiglotte était allongée, à bords rapprochés, et les replis arythéno-épiglottiques limitaient une fente de plus de 2 centimètres de hauteur au-dessous de laquelle on trouvait une glotte normale. En définitive, c'est à la théorie de la malformation que s'arrêtent MM. Variot et Le March-Hadour.

La guérison de cette affection est la règle, sans autre traitement que des inhalations tièdes ; elle se produit en général dans la seconde année de l'existence de l'enfant. Chez celui dont ils ont donné tout-à-l'heure l'état primitif, et qu'ils ont pu suivre ultérieurement, la respiration stridoreuse a commencé à diminuer au cinquième mois et elle avait disparu au huitième ; on put alors faire l'examen laryngoscopique, et l'on trouva l'épiglotte encore un peu moins étalée que normalement, et rien du côté de la glotte.

(*Indépendance médicale.*)

Travaux Originaux

La cure de repos chez les phthisiques.

PAR M. C. T. SAMUEL BERNHEIM, (de Paris)

Depuis l'expérience individuelle de Bennett, cette méthode fut employée un peu au hasard comme moyen empirique, quand l'école de Dettweiler vint affirmer plus tard que le repos absolu est nécessaire à tout phthisique qui veut guérir. D'après cet auteur, la cure hygiéno-diététique, telle qu'on la pratique, du reste, aujourd'hui dans la plupart des sanatoria, comporte trois indications fondamentales. C'est ce qu'on a appelé le trépied thérapeutique de Brehmer, qui, l'un des premiers, fit une description claire de cette méthode. Or dans cette dénomination il y a peut-être un abus de mots, au moins en ce qui concerne la cure de repos. Cette cure de repos absolue, qui donne aujourd'hui de si beaux résultats à toutes les périodes de la tuberculose, ne doit pas être comprise dans la trilogie thérapeutique de Brehmer, qui s'en montra tout d'abord l'adversaire et non le partisan. Cette nouvelle conquête de l'hygiène est de date récente. Employée sans discernement clinique d'abord et à titre d'essais isolés, par le Dr Dettweiler, de Falkenstein, elle fut très vivement combattue par Brehmer, médecin directeur du sanatorium de Gœbersdorff. Brehmer, qui fut en phthisiothérapie, un novateur si audacieux, n'avait pu, cependant, se dégager tout-à-fait des théories consacrées par la routine beaucoup plus que par le succès, touchant l'influence prétendue favorable de la gymnastique respiratoire sur la tuberculose. Aujourd'hui encore, alors que la question est depuis longtemps jugée à l'étranger, surtout en Allemagne, dans un sens désavantageux pour l'exercice, la fatigue, la gymnastique même dite rationnelle et dosée, croit-on, scientifiquement, il est, en France, quelques auteurs qui s'attardent à cette erreur d'une thérapeutique condamnée par le raisonnement et par les faits.

Au début même de cette étude sur la cure de repos, rendons donc à qui de droit ce qui lui appartient : c'est à Dettweiler et à son école qu'il convient de rapporter, comme un très grand mérite, la vulgarisation de la cure de repos dans le traitement de la tuberculose. La statistique des divers sanatoria où on la mit en pratique, l'expérience bientôt quotidienne, les résultats qu'elle donna chaque fois qu'on l'essaya d'une façon soutenue, sans atténuation, prouvèrent l'excellence de cette méthode et

furent tels que l'école de Brehmer finit par accueillir conception de Dettweiler et donna accès à cette thérapeutique dans les sanatoria qui relevaient de sa direction.

Mais si la cure de repos a reçu aujourd'hui de l'expérience la consécration qui en fait la prescription la plus importante peut-être du traitement hygiéno-diététique de la phthisie — il n'a pas encore été fait, à notre connaissance, d'étude d'ensemble sur son mode d'action ; et c'est, éparses un peu partout, qu'on rencontre dans quelques écrits sur les sanatoria, quelques considérations de thérapeutique physiologique sur la cure de repos.

On constate tous les jours l'heureux résultat de cette cure. Les faits sont rapportés en abondance en l'honneur de cette méthode. — Il reste à les interpréter.

C'est ce que nous voudrions faire ici.

* * *

Rôle physiologique du repos. — Tout d'abord le repos de l'organe malade apparaît comme une loi générale de thérapeutique. C'est un fait qu'un organe lésé a besoin de repos — qu'il se répare dans le repos — et que l'organisme tout entier participe à cette réparation. Inversement, on sait de science éternelle que la fatigue, le surmenage, les efforts longtemps prolongés aboutissent à l'épuisement et à la maladie. Une fatigue quelconque, après avoir été tout d'abord locale, en n'intéressant directement que l'organe ou le groupe d'organes, les muscles par exemple, qui concourent par leur travail à l'accomplissement de l'acte fatigant, ne tarde pas à devenir générale et à s'étendre à l'organisme tout entier.

A ce sujet, M. P. Lagrange distingue quatre processus dans la fatigue :

1° Effets traumatiques du travail sur les organes en mouvement.

2° Auto-intoxication par les produits de désassimilation.

3° Epuisement organique par autophagie ; le muscle se consume, " se mange " lui-même.

4° Epuisement dynamique par dépense de la force disponible des éléments musculaires et nerveux.

Si tel est le processus des effets entraînés par la fatigue, depuis le simple exercice dit hygiénique jusqu'au surmenage, jusqu'à l'épuisement, il est facile de comprendre, par antithèse, quel est, de façon générale, le rôle physiologique du repos.

Dans la machine humaine l'état d'effort et de travail ne saurait se prolonger indéfiniment et se maintenir en continuelle tension. La machine humaine ne peut tra-

vailler que d'une façon intermittente. " Mais cette imperfection apparente vis-à-vis des machines thermiques est, en réalité, le résultat et une supériorité très grande sur la machine industrielle. Le repos dérive de la faculté qu'a l'organisme vivant de *se réparer*." (P. Lagrange. *Les exercices du corps*).

Il est bien compréhensible que les pertes subies par l'effort ne peuvent se réparer pendant le travail. Réparation et usure ne sauraient être concomitantes dans l'organisme vivant. Le repos est précisément la période de temps nécessaire aux organes pour réparer les dépenses accomplies pendant le travail.

Le repos est donc indispensable à la réparation des organes, réparation qui équivaut à un renouvellement complet de leur structure. Ce n'est pas seulement la substance organique, le substratum anatomique et histologique de l'organe qui est renouvelé, ce ne sont pas seulement les déchets produits exagérément par la fatigue qui sont réparés et comblés par le repos, au fur et à mesure de leur production, c'est la propriété biologique inhérente à l'organe qui renaît encore avec la restauration ; le muscle, en se réparant, en se reposant, recouvre sa contractilité, c'est-à-dire sa propriété physiologique fondamentale. En un mot, le repos a, à la fois, des effets réparateurs mécaniques ou matériels, et dynamiques ou fonctionnels.

* * *

Le repos, loi de thérapeutique générale. — On comprend maintenant que le repos puisse, comme nous le disions, être une loi de thérapeutique générale. Nous n'en suivrons pas les effets, et nous ne chercherons que confirmation de cette vérité dans les diverses affections où son action salutaire éclate avec le plus d'évidence. Il nous faudrait passer en revue toute la pathologie médicale et chirurgicale. Nous voulons nous borner à en étudier et à en expliquer l'efficacité dans le traitement de la tuberculose. Mais nous avons voulu montrer tout d'abord que ce terme de la trilogie thérapeutique admise aujourd'hui en matière de tuberculose n'est pas spécial à elle ; que la cure de repos qui s'impose, il est vrai, dans le traitement anti-tuberculeux avec plus de rigueur que partout ailleurs, n'est cependant pas une prescription de thérapeutique isolée — et que c'était, en somme, être conséquent avec les principes généraux de toute thérapeutique, que c'était seulement les appliquer à un cas particulier qu'introduire la cure de repos dans la cure générale de la tuberculose.

* * *

Le repos diminue l'accumulation des déchets et favorise leur élimination. La fatigue est une auto-intoxication. — D'ailleurs, en matière de tuberculose, la cure de repos apparaît comme le carollaire indispensable de la cure d'air et de la cure d'alimentation. Les trois se complètent. Les deux dernières surtout restent sans résultats si elles ne se pratiquent pas au repos.

On dit : " Ce qu'il est nécessaire d'assurer, chez le tuberculeux, c'est une nutrition parfaite. Le tuberculeux est un dénuéri. Il y a déficit dans son budget organique. Les dépenses excèdent les recettes. Augmentons donc celles-ci par l'alimentation. La suralimentation est le premier article du code de thérapeutique tuberculeuse."

Sans doute. Mais qui ne sait qu'ainsi comprise l'interprétation des faits est incomplète. On ne vient au secours dans ce déficit organique, que d'une cause de la faillite ; on cherche avant tout à augmenter les recettes par l'alimentation. Mais qui ne voit que, dans l'équilibre qu'on se propose de rétablir, il faudrait avant tout restreindre les dépenses. En matière de comptabilité organique comme en matière d'équilibre budgétaire, les indications sont doubles : économiser et produire. Si la cure d'alimentation qui a pour but d'augmenter les acquisitions ne se complète pas d'une cure qui réduira les dépenses, c'est en vain qu'on croira arriver à l'équilibre poursuivi. Autant vaudrait prétendre remplir un tonneau percé. Réduire les dépenses d'abord, puis augmenter les recettes, telle doit être la première indication de toute thérapeutique.

Et ce qui prouve bien la justesse de ces considérations c'est que ceux-là qui, depuis longtemps, cherchaient à augmenter les recettes chez le tuberculeux, sans souci de diminuer les dépenses se sont aperçus qu'ils s'acharnaient à une œuvre irréalisable. Ils travaillaient en pure perte. Car la cure d'alimentation ne donne rien sans la cure de repos. Il semble que les éléments réparateurs apportés par l'alimentation ne puissent être fixés que par l'organisme au repos, et qu'au lieu d'acquiescer, l'organisme suralimenté qui continu de travailler, de se fatiguer, de se surmener, dépense seulement un peu plus, ou augmente le mouvement de désassimilation sans augmenter sensiblement le mouvement d'assimilation. Les aliments ne deviennent " nutriments " que si le processus de déperdition n'est pas trop accentué et que si, dans ce nouveau problème des mélanges, les déchets

sont réglés de telle sorte qu'ils ne surpassent pas les acquisitions.

C'est ce qui justifie cette maxime thérapeutique formulée par Dettweiler : La cure d'alimentation doit se faire au repos.

Et par lui se trouve réalisée la double indication dont nous parlions plus haut : économiser les dépenses, augmenter les recettes.

Il est une autre raison qui milite en faveur de la cure de repos. La plupart de ces déchets, produits en abondance par la fatigue, sont des toxiques et des toxines qui viennent s'ajouter à l'infection tuberculeuse et la transformer en infection mixte, toujours plus grave. On sait, en effet, que les résidus de la vie organique, éliminés par les organes perdant leur fonctionnement, sont des poisons doués souvent d'une haute toxicité, — ptomaines, leucomaines, acides organiques, etc..... qui font que l'organisme s'auto-intoxique quand il les fabrique d'une façon exagérée ou quand les émonctoires sont insuffisants à les éliminer. Rien n'active comme l'exercice, l'effort prolongé, le travail, la production de ces résidus toxiques. Ils s'accumulent dans l'organisme, sont véhiculés par le sang, et par eux, les divers organes, les tissus intoxiqués sont troublés à la fois dans leur structure et dans leur fonctionnement. Le muscle perd, par exemple, sa contractilité ; il se fait une intoxication de la fibre cardiaque ; le "cœur forcé" des athlètes, des coureurs ou de animaux poursuivis dans une chasse à course ne reconnaît pas d'autre pathogénie que cette auto-intoxication de surmenage. Le système nerveux est frappé d'inhibitions. Il peut se développer des cérébrites toxiques, analogues aux encéphalopathies des grandes intoxications.

Il n'est donc pas exagéré de dire que l'individu surmené est un auto-intoxiqué. Le surmenage est encore une variété d'infection et d'intoxication.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

Emphyseme dans un cas de granulie.

par MM. P. CHATIN et PIERY.

RÉSUMÉ.—Notre observation peut donc se résumer ainsi au point de vue clinique : Granulie à forme typhoïde géné-

ralisée, avec prédominance des phénomènes pulmonaires ; anatomiquement, granulie généralisée constatée dans les poumons, les méninges cérébrales, le foie, les reins, emphyseme pulmonaire très marqué, emphyseme sous-pleural médiastinique et sous-cutané sans effraction de la plèvre, l'air ayant fusé le long du hile.

Les observations d'emphyseme sous-cutané d'origine médicale par lésion de l'arbre broncho-pulmonaire sont assez nombreuses dans la science. Ces cas relèvent d'altération laryngée, bronchique ou pulmonaire. C'est surtout dans l'enfance, comme Roger l'avait noté, il y a longtemps déjà, que les cas sont fréquents à la suite de la coqueluche ou de broncho-pneumonies.

Chez l'adulte le fait est déjà plus rare : là aussi les affections diverses peuvent en être cause, et la tuberculose par les lésions qu'elle peut produire, soit sur le larynx, soit sur le poumon, est une de ces causes fréquentes.

Colas, qui a publié en 1893, dans sa thèse (Paris, 1893), une revue complète de la question, estime à 60 le chiffre des cas publiés d'emphyseme sous-cutané par tuberculose.

Lafond (thèse de Paris, 1894), à côté des observations où les lésions laryngées, trachéales et bronchiques sont en cause, publie 9 observations par lésion pulmonaire, telles que pneumonies et broncho-pneumonies banales, emphyseme et 11 observations par tuberculose pulmonaire. C'est surtout, dit-il, dans les formes aiguës que l'emphyseme sous-cutané peut se produire.

Le mécanisme diffère selon les cas. Il peut y avoir formation cavitaire, adhérences pleurales et passage de l'air au travers des adhérences peu à peu envahies par le processus tuberculeux. Il peut y avoir aussi rupture et ouverture d'une caverne sous la plèvre, emphyseme sous-pleurale et médiastinique, l'air fusant par le hile en décollant la plèvre. Enfin, le même phénomène peut se produire sans existence de caverne antérieure, dans des cas de granulie, probablement par rupture de vésicule emphysemateuse ou ouverture directe d'une granulation sous-pleurale, qui met en communication l'espace sous-pleural et une vésicule pulmonaire, ou même une petite bronchiole voisine. L'air fuse alors, comme dans le cas précédent, sous la plèvre viscérale, et de là, par le hile, dans le médiastin. C'est de ce dernier processus que relève notre cas.

L'orifice, microscopique dans ce cas là, est très difficile à découvrir ; mais dans notre observation, on voyait très nettement qu'il n'y avait pas de caverne et que l'orifice de communication s'était produit dans la partie antérieure du poumon dans une région voisine du hile, sous la plèvre viscérale. On suivait à partir de ce point les bulles d'air jusque dans le médiastin. Lafond, dans sa thèse, ne rapporte que trois observations de granulie qui soient de tous points comparables à la nôtre.

Faisons remarquer enfin que, conformément à la donnée classique, notre malade était jeune et n'avait pas

20 ans, et que cet accident a été très rapidement suivi de mort. Toutes les observations sont d'accord sur l'extrême gravité de la complication. Sur 20 observations de Lafond il n'y a que 3 cas de guérison, dont 2 dans des pneumonies franches. Tous les autres malades sont morts en quelques jours, quatre à cinq en moyenne.

D'où vient la gravité toute particulière de cette complication ? On a parlé d'entrée de l'air dans les veines, mais on ne voit pas bien par quel procédé ; on a invoqué la congestion cérébrale par compression des veines du cou. Notre malade, disons-le tout de suite, n'avait pas de congestion cérébrale appréciable. On a invoqué le rétrécissement du champ circulatoire pulmonaire par compression. Cela paraît plus acceptable, d'autant plus que les malades atteints de tuberculose aiguë ou d'affection pulmonaire aiguë sont déjà dans un état très grave. Notre malade de fait était déjà en période d'asphyxie, et l'accident ultime ne nous a paru hâter que de peu de jours sa fin prévue.

(Lyon médical)

Le sérodiagnostic.

par M. SANTOS (Thèse de Paris)

M. Santos a étudié la question si intéressante du sérodiagnostic.

La valeur de cette méthode de diagnostic de la fièvre typhoïde n'a pas trouvé de contestation. Les cas où l'on obtient une réaction négative persistante pendant la maladie sont très peu nombreux, et ceux où la réaction, recherchée au cours d'autres maladies, a été trouvée positive, sont très rares, et n'atteignent jamais une forte puissance agglutinative (2 fois elle a été trouvée à 1/50 et une seule fois à 1/60).

Chez l'enfant, la valeur du sérodiagnostic s'accroît de plus en plus et on arrive, grâce à lui, à séparer nettement les catarrhes intestinaux fébriles des formes atténuées de fièvre typhoïde dont les limites sont si vagues.

La méthode du sérodiagnostic a fait preuve de son incontestable utilité dans les formes anormales de la fièvre typhoïde et dans les suites de couches où bien souvent on n'a pu établir de diagnostic d'avec l'infection utérine que par son aide.

Pour la tuberculose, la séroration vient ajouter aux symptômes de cette maladie un signe d'une très grande sensibilité. Son emploi est surtout de grande valeur dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire au début où il fournit avec rapidité un excellent élément d'information.

Le sérodiagnostic vient aussi aider l'étude de la pathogénie de la maladie. En effet, grâce à lui on peut voir que la tuberculose est bien souvent supportée par des individus bien portants en apparence et qu'elle est bien plus fréquente qu'on ne saurait le penser.

D'autre part, son emploi méthodique fait parfois découvrir des tuberculoses latentes qu'on jugeait tellement improbables qu'elles n'avaient pas même été recherchées.

Dans la fièvre de Malte, la fièvre jaune, les infections par le pneumocoque, le choléra, la morve, la maladie de Picton, on a obtenu des résultats décisifs par l'emploi de la méthode du sérodiagnostic.

M. Santos constate que les récentes recherches confirment l'opinion déjà émise précédemment par plusieurs auteurs, que la propriété agglutinante paraît indépendante des autres propriétés que possède le sérum des organismes infectés (propriétés bactéricide et antitoxique). Elle est aussi différente de la propriété lysogène (capable de transformer les bacilles en granules). En effet, le suc extrait du poumon du cobaye présente à haute dose des agglutinines et ne contient aucun autre corps préventif.

La nature de la substance agglutinante demeure inconnue. Ses propriétés seules ont été bien étudiées.

Le mécanisme de l'agglutination est encore discuté mais paraît cependant dû à ce que les agglutinines, en se fixant sur les éléments agglutinables, amènent des modifications dans les attractions moléculaires qui unissent ces éléments, soit entre eux, soit avec le liquide ambiant (Bordet). Le lieu de formation et de destruction des substances agglutinantes dans l'organisme n'a pas pu être déterminé. L'étude de la distribution de la substance agglutinante dans l'organisme montre que c'est toujours dans le sang qu'elle se trouve en plus grande quantité.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

CHIRURGIE

Le traitement du bec-de-lièvre chez l'enfant

par ALBERT MILLS.

(Suite)

3° Suture de l'encoche labiale. — Nous ne parlerons que pour mémoire des procédés de réunion qui consistaient dans l'emploi des bandelettes agglutinatives ou d'emplâtres pour obtenir une coaptation exacte des bords avivés. Ils ne sont plus que des souvenirs. Nous estimons que les deux objectifs à atteindre sont les suivants : d'abord, voir à ce que les différents plans de la lèvre soient bien mis en présence l'un de l'autre — ensuite, employer des fils qui présentent toutes les garanties de durabilité et d'asepsie possibles. Un dernier point à considérer, mais qui a beaucoup moins d'importance chez l'enfant, est le mode même de suture. La suture enchevillée et la suture entortillée ont été beaucoup préconisées, il y a nombre d'années, mais sont à peu

près abandonnées aujourd'hui. Les sutures principalement employées sont la suture entortillée d'abord, suivie au cours de l'opération de la suture à points séparés ou bien, après une bonne hémostase, la suture à points séparés directement. La suture à points séparés se faisait toujours en masse (Tillaux, Kirmisson), c'est-à-dire que tous les plans labiaux étaient enserrés dans une seule suture. Récemment, Doyen a préconisé la suture à étage, c'est-à-dire qu'un premier plan de sutures au catgut comprenait la muqueuse seule et ce plan étant bien ferme, un deuxième plan de sutures comprenait le tissu sous-cutané et la peau. Enfin un troisième plan de sutures superficielles parachevait la réunion de la peau. C'est cette dernière manière de procéder qui a été appliquée par M. Charon et qui a donné des résultats excellents. Il n'est possible qu'à condition d'un refoulement parfait du bourgeon incisif. M. Charon n'emploie plus les fils d'argent ; il use dans les sutures profondes du catgut fin et dans les sutures superficielles, il se sert de crins de Florence. Pas n'est besoin de faire de lambeaux dans l'opération du bec-de-lièvre dans le premier âge et l'application des incisions de Giralès, Mirault, Kirmisson, etc., n'est pas nécessaire. Un avivement droit suffit.

Comme moyen de contention post-opératoire, l'emploi de la suture sèche superficielle est encore conseillé par M. Charon. Il permet d'obvier aux dangers que présenterait la résorption trop rapide des fils de catgut des sutures profondes. Dans l'application des sutures, comme dans le traitement du bourgeon incisif, le jeune âge est une condition des plus favorables à l'opération. Nous avons dit aussi de combien l'esthétique définitive du résultat lui était redevable ; l'opération pendant le premier âge sera donc simplement subordonnée à un fonctionnement définitif de l'hématopoïèse et à une parfaite hémostase. Or l'hématopoïèse, d'embryonnaire, c'est-à-dire d'intra-conjonctive qu'elle était, devient peu après la naissance, définitivement active, c'est-à-dire médullaire, splénique et intra-vasculaire. Il semble certain que cette phase définitive soit complètement établie à l'âge de six semaines ; dès lors rien ne s'oppose à cet âge, à ce que l'on fasse une opération même conséquente. Cette règle n'est pas absolue, elle existe seulement pour les sujets normaux. Si l'hématopoïèse doit être parfaite, elle doit l'être surtout pour cette raison, c'est que de grandes pertes sanguines chez les enfants dont la masse sanguine est peu considérable, se font ressentir d'une façon beaucoup plus fâcheuse que chez les adultes. Cette objection reste debout pour toute la période de l'enfance. Or qui songera à remettre aussi loin la réparation d'une malformation essentiellement congénitale ? Le seul délai à respecter est donc l'établissement d'une hématopoïèse bien active et bien définitive. Ceci étant bien reconnu, l'intervention hâtive, dès le tendre âge, non seulement ne sera plus contre-indiquée, mais pour des raisons que nous croyons péremptoires et que

nous avons exposées plus haut sera devenue une manière scientifiquement classique de procéder.

Diagnostic et traitement de la pyohémie otitique

par M. DUNDAS GRANT (de Londres) (Cong. de Paris.)

Le diagnostic de la pyohémie otitique se fait par les signes de la pyohémie en général, accompagnés d'une inflammation aiguë ou chronique de l'oreille moyenne ou de l'os environnant. Les symptômes les plus importants sont les frissons répétés, les brusques et grandes oscillations de la température, des métastases intéressant la petite ou la grande circulation. Quelques maladies ont des symptômes analogues, il faut les éliminer : fièvre typhoïde, paludisme, rhumatisme articulaire aigu, endocardite infectieuse, tuberculose aiguë, méningite.

Il faut aussi penser que les symptômes généraux que nous avons précédemment énumérés peuvent être sous la dépendance d'un abcès du cerveau ou du cervelet, d'une méningite, etc., complications qui peuvent exister également en même temps que la pyohémie ; en ce cas, les traits diagnostiques sont modifiés. Il faut encore éliminer la saprémie qui peut être accompagnée de symptômes généraux analogues. Le diagnostic de pyohémie étant posé, il reste encore à savoir si cette pyohémie s'accompagne ou non de thrombose. Lorsque ces accidents succèdent à une suppuration aiguë, et qu'il existe des métastases dans la grande circulation, on peut conclure à une pyohémie sans thrombose ; s'ils succèdent à une suppuration chronique de l'oreille moyenne datant d'au moins une année, et s'accompagnant de métastases pulmonaires ou pleurales, on peut conclure à la thrombose.

Ce diagnostic est encore plus probable si la jugulaire externe est transformée en un cordon dur, douloureux, phlébite de la jugulaire. Un gonflement du contenu de l'orbite avec dilatation des veines de la rétine indique une obstruction du sinus caverneux ; si la région rétro-mastoïdienne est sensible à la pression, il faut songer à l'envahissement des veines condyliennes ou vertébrales. Un diagnostic plus précis n'est exact que quand on a mis à nu le sinus sigmoïde ; l'absence de fluctuation entre le sinus et la jugulaire interne indiquerait une obstruction complète. La ponction permet de voir si le contenu est purulent : la ponction négative indique une thrombose ; si elle ramène du sang pur, il ne faut pas conclure à l'absence de thrombose, celle-ci pouvant n'être que pariétale. Le diagnostic étant posé, quel traitement convient-il d'instituer ? Il faut enlever le foyer infectueux primitif et, dans la mesure du possible, tous les foyers secondaires ; de plus, il faut empêcher le transport de matières septiques dans la circulation, enfin soutenir l'état général du malade,

Dans les cas aigus : incision de la membrane tympanique, ouverture des cellules mastoïdiennes, les abcès métastatiques doivent être évacués à mesure qu'ils se forment. Si malgré cela les symptômes persistent, on peut être amené à lier la jugulaire, inciser, évacuer et oblitérer le sinus sigmoïde ; la ligature de la jugulaire ne doit pas se faire sans qu'en même temps on fasse l'ouverture du sinus.

Dans les cas chroniques, l'opération radicale mastoïdienne doit être pratiquée sans délai, précédée ou suivie de la ligature de la jugulaire en cas de thrombose. Si cette thrombose a subi la désintégration purulente, il faut ouvrir largement, vider jusqu'à ce qu'on ait atteint un caillot d'aspect sain, faire suivre d'un pansement antiseptique. Si les frissons réapparaissent, il faut prolonger l'incision du sinus dans les deux sens jusqu'à ce qu'il coule librement du sang pur, puis tamponner à la gaze iodoformée.

Si la veine jugulaire est thrombosée on doit la lier aussi bas que possible, ensuite on fait la section et tirer le bout supérieur hors de l'angle supérieur de la plaie, puis évacuer son contenu au moyen de la curette ou d'une seringue.

S'il n'y a pas thrombose, on lie le vaisseau le plus haut possible et on n'en fait pas la section. On doit éviter avec soin toute blessure involontaire du sinus, cet accident pouvant entraîner de graves conséquences.

Tout tampon dans le sinus doit s'enlever le plus vite possible, même au bout de 24 heures.

Si la pyohémie paraît être compliquée de méningite, on doit faire la ponction lombaire. S'il y a des cellules de pus dans le liquide, il est inutile d'opérer plus loin. Si, au contraire, il y a évidence de méningite séreuse, l'opération est d'autant plus nettement indiquée.

Quand il existe en même temps un abcès cérébral ou cérébelleux, cet abcès doit être évacué par une ouverture dans le crâne aussi loin que possible du sinus malade.

Les abcès métastatiques doivent être ouverts à mesure qu'ils se forment.

La thrombose peut se développer seulement sur la veine mastoïdienne; c'est là un fait rare dont le Dr Laurens a rapporté une curieuse observation ; cette complication survient au cours d'une otorrhée ancienne, se traduit par une douleur ou un gonflement rétro-ophthalmique, par des symptômes généraux de pyohémie et entraîne comme complication la plus fréquente des abcès de la nuque. L'indication opératoire est de trépaner l'opophyse, de découvrir veine et sinus, de lier la jugulaire et de désinfecter le foyer infectieux.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

THERAPEUTIQUE

Influence du salol sur la diazoreaction d'Erlisch et son action thérapeutique dans la fièvre typhoïde chez les enfants.

par M. N. C. THOMASCO (Bucarest) (Congrès de Paris).

Pendant une petite épidémie de fièvre typhoïde à Bucarest, nous avons remarqué que la réaction d'Erlisch apparaissait et disparaissait chez le même malade. En observant de plus près, nous avons constaté que toutes les fois que nous employions le benzonaphtol, le bétol, le salicylate de magnésium ou de bismuth, la réaction d'Erlisch était très manifeste ; pour disparaître d'une manière constante toutes les fois que nous administrions le salol.

Alors nous nous sommes dit ; si le salol fait disparaître la diazoreaction, employons-le d'une manière systématique dans la fièvre typhoïde.

La dose de salol a été de 3, 4 et 5 grammes, par jour, en petite dose de 20 jusqu'à 20 cent. par jour, chaque heure ou chaque heure et demie, la diazoreaction étant négative pendant tout le temps que le malade se trouve sous l'influence du salol.

L'abaissement thermique. — En dehors de la disparition de la diazoreaction nous avons constaté une diminution de température de 1° jusqu'à 2°.

L'amélioration de l'état morbide. — Avec l'administration du salol, l'état des malades s'améliore d'une manière sensible, ils deviennent plus réveillés et plus attentifs, tandis qu'un jour plutôt, sous l'influence d'autres antiseptiques, les malades se trouvent en état de prostration et de délire.

La durée de la maladie devient en même temps plus courte et très souvent la défervescence se fait d'une manière brusque.

Zeis, évaporant au bain-marie les urines de typhiques avec la diazoreaction et dissolvant le résidu dans l'eau stérilisée, a injecté 5 centimètres cubes dans le péritoine d'une souris blanche qui est morte après quelques moments, tandis que les souris de contrôle de Zeis, auxquelles il avait injecté 5 centimètres cubes d'une solution aqueuse du résidu des urines, ne présentant pas de diazoreaction, ne sont pas mortes. Nous avons répété aussi ces expériences sur les cobayes. Le cobaye auquel nous avons injecté le résidu aqueux des urines avec diazoreaction est mort 2 jours après, tandis que celui injecté avec les urines après le traitement au salol n'est pas mort. D'où il résulte que : 1° la cause de la diazoreaction d'Erlisch serait une substance toxique détruite par la médication du salol, et 2° le traitement antiseptique de la fièvre typhoïde serait le salol qui aurait une action quasi spécifique sur l'infection typhique.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

PEDIATRIE

Albuminuries intermittentes des Jeunes sujets.

par M. H. GILLET (Congrès de Paris.)

Sous le nom d'albuminurie intermittente, on doit comprendre une albuminurie ne se produisant seulement que pendant une fraction de temps de la journée et même dans la nuit, comme dans l'albuminurie continue.

La notion même d'intermittence entraîne avec elle l'obligation de l'examen fractionné des urines, c'est-à-dire l'analyse faite à part pendant un jour et une nuit de l'urine émise au cours des mictions échelonnées. En tout, quatre échantillons, matinée, journée, soirée et nuit. Sans l'examen fractionné on passe forcément à côté des albuminuries intermittentes.

La majorité des albuminuries intermittentes semblent cycliques. L'évolution complète de ce cycle urologique comprend une succession de phases ou crises qu'on peut ainsi résumer :

Crise minérale : excès de carbonates et de phosphates ;

Crise chromogène : excès d'uro-érythrine, urobiline, indican ;

Crise albuminurique :

Crise azotée : excès d'acide urique et d'urée.

C'est, en somme, à quelques détails près, le cycle déjà si bien écrit par M. le professeur J. Teissier (de Lyon).

Autres caractères des albuminuries intermittentes : 1° influence positive très manifeste de la station debout et surtout de la marche et de l'ascension sur la production de l'albuminurie au bout d'un temps ou très court ou un peu plus prolongé ;

2° Influence négative encore plus manifeste de la position horizontale.

Un nombre assez grand de sujets n'ont pas d'albuminurie quotidienne, mais par séries de jours coupés de séries de jours sans albumine.

L'influence négative de la position horizontale ne semble même pas pouvoir être contre-balancée par les efforts musculaires, même par les mouvements des membres inférieurs semblables à ceux de la marche.

Il n'en serait pas de même pour les mouvements provoqués par la faradisation des muscles, d'après une observation publiée par MM. Ch. Achard et Lœper.

L'albuminurie contenue dans l'urine est de la sérine, parfois mélangée à la globuline ; quelquefois c'est de la nucléo-albumine.

1° Il y a dans la majorité des faits oligurie, qui coïncide chronologiquement avec l'albuminurie, mais est encore en rapport plus intime avec la station verticale et la marche, car elle peut exister avant que l'albumine n'apparaisse et même sans albuminurie aucune.

C'est donc un phénomène plus constant que l'albuminurie.

La statique urinaire est intervertie ; le sujet urine par heure moins le jour que la nuit, d'où parfois polyurie paradoxale.

2° Dans les mêmes conditions d'orthostatisme il y a urobilinurie même sans albuminurie.

Les albuminuries intermittentes pourraient être considérées comme des urobilinuries avec albuminurie.

Dans l'épreuve du bleu, la matière colorante se présente bien en temps voulu dans l'urine à peu près comme à l'état normal, mais elle n'en disparaît pas aussi vite que chez les sujets sains et cette prolongation avait lieu par poussées intermittentes.

Cet état de la perméabilité rénale resté le même pendant les périodes où l'albuminurie existe et pendant celles où elle fait défaut.

CLINIQUE. — D'une façon générale on peut, dans l'histoire clinique, faire 3 classes dans les observations.

Dans une première catégorie, le sujet a les apparences de santé satisfaisante.

C'est une rareté.

Un second groupe comprend toute une variété d'individus pour lesquels on pense aux diagnostics d'anémie, de lymphatisme, de nervosisme, de neurasthénie vague, de dyspepsie légère et diverse, de troubles de croissance, de neuro-arthritis, etc. En somme, troubles fonctionnels vagues, diagnostic vague. En tout cas, rien ne cadre avec une affection quelconque des reins.

Dans la troisième série, on constate quelques symptômes, qu'on rencontre dans les néphrites : céphalée, œdème léger, fugace, localisé surtout à la face, aux paupières, pas d'œdème tibial, douleurs lombaires, bouffées de chaleur, etc., rien de plus ; en général, pas de bruit de galop, parfois un peu d'irrégularité cardiaque, mais souvent un pouls un peu ralenti et surtout une pression basse.

Mais en somme, manifestations morbides minimes.

Etiologie. — On note l'hérédité dans certains cas ; on relève aussi des antécédents nerveux et arthritiques des jeunes sujets, etc., mais en même temps l'infection ou l'intoxication comme à l'origine des néphrites.

Pronostic. — Sauf la durée, parfois très longue, le pronostic *quoad vitam* semble bénin.

On n'a pas de pièces anatomiques à montrer, donc pas de mortalité.

ETAT DU REIN. — Si l'on considère, en dehors de l'albuminurie, l'oligurie, la perméabilité rénale intermittente, en dehors même des légers symptômes rénaux présentés par quelques malades, l'urobilinurie même et l'indicanurie, on arrive à penser qu'il n'y a pas un simple trouble fonctionnel. Il y a lésion du rein, lésion infime, curable, mais lésion.

Il est à présumer que l'épithélium glomérulaire,

peut être aussi pour une petite part celui des tubulis n'a pas son intégrité absolue.

TRAITEMENT. — Dans l'albuminurie intermittente, il faut voir au-delà du symptôme rénal.

Il faut voir du côté du trouble, parfois profond, de la nutrition générale.

L'organisme de l'albuminurique intermittent est en état d'hyponutrition, de nutrition pervertie.

Le traitement sera surtout hygiénique.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

L'étroitesse préputiale chez les nourrissons

par M. R. SAINT-PHILIPPE (Bordeaux) (Cong. de Paris).

Le phimosis est presque de règle chez l'enfant naissant. Il est tantôt hypertrophique, tantôt atrophique. Le dernier offre des dangers qui n'ont pas été mis en lumière. Il s'accompagne d'infiltration d'urine, par suite des difficultés de l'excrétion, de résorption et, si l'on n'intervient pas à temps, de balanite violente, et parfois de sphacèle mortel. Il faudrait surveiller tous les nourrissons à ce point de vue et veiller de bonne heure à la façon dont ils sont constitués anatomiquement et dont physiologiquement ils accomplissent la fonction. Chez ceux dont l'étroitesse est excessive, avec défaut de parallélisme, à plus forte raison chez ceux dont le méat est réduit à un tout petit pertuis, il faut intervenir par une petite opération qui mérite ce nom : par la dilatation. Préconisée par des chirurgiens de mérite, elle est la méthode de choix au moins pour les tout petits enfants. Elle est simple, sans dangers, pourvu que les précautions antiseptiques soient toutes prises : elle n'expose ni aux déchirures ni aux récidives. Le résultat enfin est favorable à l'œil, souvent bien plus que l'intervention sanglante.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Traitement de l'incontinence d'urine des enfants par le rhus aromatica

par PERLIS.

Le rhus aromatica possède une action curative certaine vis-à-vis de l'incontinence d'urine des enfants. Nos connaissances sur le rhus aromatica sont basées sur 156 cas relatés ou publiés jusqu'à ce jour. S'il est encore trop hasardé de dire qu'il a une action vraiment spécifique, comme on l'a prétendu, il est du moins permis d'affirmer qu'il est égal, sinon supérieur, à tous les traitements en usage. Le traitement est des plus simples à instituer et à suivre. L'extrait fluide doit être prescrit à la dose de 15 à 60 gouttes par jour en trois fois. Il ne provoque jamais aucun accident, ni inconvénients. La

dose toxique n'est jamais atteinte. Il réussit souvent dans les cas où tous les autres traitements ont échoué.

Son mode d'action est inconnu.

Pour toutes ces raisons, il nous semble devoir entrer dans la pratique courante. Un bon médicament de plus n'est pas à dédaigner dans la thérapeutique de cette maladie si bizarre et si difficile à soigner qu'est l'incontinence d'urine des enfants.

(Thèse de Paris 1900 — Lyon méd.)

De la céphalalgie uricémique chez les enfants.

par M. H. CAUSSADE (Thèse de Paris).

M. Caussade montre qu'il existe chez les enfants un syndrome caractérisé par des accès paroxystiques de céphalalgie ; ces accès se montrent sous forme de crises dont quelques-unes ont la rapidité de l'éclair et rappellent ainsi de véritables névralgies, tandis que d'autres peuvent durer 20 minutes ; leur durée n'a jamais dépassé 20 minutes ; le plus souvent les crises avaient une durée intermédiaire. Toujours elles ont apparu chez des enfants ayant toutes les apparences de la santé, et qui comptent dans leurs ascendants des arthritiques. Ces violents accès de céphalalgie sans localisation précise, sans périodicité constante, ne s'accompagnant ni de nausées, ni de vomissements, ni de visions lumineuses, rappellent les accès de migraine fruste.

Cette céphalalgie paroxystique est bien attribuable à l'uricémie ; en effet, chez les ascendants des malades se retrouvent toutes les manifestations de la diathèse arthritique, la goutte, l'eczéma, la migraine, l'obésité, les coliques néphrétiques, les petits signes de l'arthritisme tels que les dermatoses tonaces et prurigineuses ; les malades ont présenté, au même temps que leurs violents accès de céphalalgie, la mauvaise hygiène alimentaire ; les analyses d'urine ont montré une quantité anormale d'acide urique et d'urates. Tout semble prouver qu'il s'agit bien là d'une manifestation de l'intoxication uricémique, l'uricémie n'étant d'ailleurs qu'un excès d'acide urique et d'urates alcalins dans la circulation.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

FORMULAIRE

OREILLONS.

- P. Ecthyol..... 45 grains.
 Toluéré de plomb..... 45 —
 Chlorure d'ammonium 30 —
 Axonge..... 1 once;

Faire un onguent. En friction trois fois par jour.

(College and Clinical Rec.)

Travaux Originaux

La cure de repos chez les phtisiques.

par M. C. T. SAMUEL BERNHEIM, (de Paris)

(Suite)

Le repos, régulateur de la fonction thermique. — Ce qui le montre bien, c'est que cette production exagérée de déchets organiques se traduit chez le surmené par les symptômes d'une toxémie ; il y a de la fièvre ; la température augmente. C'est là, d'après la conception qu'on se fait actuellement de la fièvre, de ses causes et de sa pathogénie, une preuve irréfutable que la fatigue agit en augmentant, dans l'économie, les déchets toxiques.

Ces variations de la température sous l'influence de l'exercice et du repos ne sont nulle part plus marquées que dans la tuberculose.

Chez le tuberculeux, le moindre effort provoque une ascension thermique. Il semble que tout lui soit bon pour faire une accumulation de produits toxiques dans son organisme infecté. Infection du dehors, infection du dedans — hétéro ou auto intoxication, tel est le terme des processus physiologiques, dès que, chez les tuberculeux, on les surexcite un peu, dès qu'on sollicite l'organisme pour un travail qui, chez l'individu sain, ne produirait pas de réaction appréciable.

Comme l'ont noté Daremberg et Chuque, " les tuberculeux sont des déséquilibrés de la température ". Tout, (repas, lectures, conversations, promenades, contrariétés...) est pour eux occasion d'hyperthermie. A telle enseigne qu'en présence de cette facilité toute spéciale à réagir thermiquement à la fatigue et au travail, certains auteurs, Landouzy entre autres, ont pensé faire de cette sensibilité thermique à la fatigue, un élément de diagnostic précoce de la tuberculose.

Il y a là, croyons-nous, une exagération. S'il est vrai que tout est prétexte pour le tuberculeux à faire des sautes de températures, il s'en faut que cette prédisposition soit limitée à la tuberculose, et que l'hyperthermie sous l'influence de la fatigue, de l'exercice soit fonction toujours de tuberculose. Cela signifie seulement : facilité d'accumuler les déchets organiques, tendance aux auto-intoxications, insuffisance des éliminations, perturbation des émonctoires naturels — et rien de plus. Si, chez l'individu soupçonné de tuberculose on observe les écarts de température, c'est un signe de plus en faveur d'une

infection latente — mais ce n'est pas un signe certain que cette infection soit de nature tuberculeuse.

Le repos aura donc, chez le tuberculeux, l'action contraire de la fatigue. Il régularise la température calme la fièvre. Les oscillations thermiques de l'hecticité, si difficiles à juguler chez le tuberculeux, ne cèdent qu'à la cure de repos. En vain, essaierait-on l'arsenal des antithermiques si la thérapeutique ne s'aide de cette première condition : l'organe et l'organisme au repos. C'est encore une loi de thérapeutique d'absolue généralité : toute pyrexie est justiciable de la cure de repos.

Un paradoxe de thérapeutique générale. — Mais que dire de cette cure lorsque l'organe malade est le poulmon — et lorsque la sédation qu'il faut obtenir à tout prix est celle de l'appareil respiratoire. C'est pour lui vraiment que l'indication du repos est de toute urgence, et que les effets bienfaisants de cette cure se marquent avec le plus d'évidence.

Longtemps on a cru que l'exercice, la gymnastique favorisait la fonction respiratoire et la ventilation pulmonaire. Il est incontestable que la fatigue, l'effort, le travail musculaire augmentent le nombre des mouvements respiratoires et aident à la circulation de l'air dans les alvéoles pulmonaires. Est-ce à dire que la fonction de l'hématose en soit elle-même favorisée ; autrement dit le but de la respiration qui est la révivification du sang au contact de l'air inspiré est-il plus hautement et plus amplement atteint quand un exercice musculaire quelconque a contraint la poitrine à des mouvements exagérés ? Il suffit de réfléchir à ce qu'est le mécanisme de la respiration pour se convaincre qu'il y avait là encore un paradoxe physiologique.

De ce que la fatigue, l'essoufflement augmente le nombre par minute des mouvements respiratoires qui du chiffre normal de 16 à 18 peuvent atteindre quarante soixante ou davantage sous l'influence d'un exercice, d'une dépense de travail musculaire, suit-il que l'hématose soit plus efficace et qu'une plus grande quantité de sang veineux soit transformé en sang artériel ? Le soutenir, c'est ne considérer encore dans le problème qu'une de ses faces. La respiration est double : elle se compose de l'air inspiré et de l'air expiré, celui-ci chargé d'acide carbonique — celui-là d'oxygène, l'un utile à l'hématose, l'autre rejeté par l'organisme comme un déchet nuisible. Dans la fonction respiratoire se manifeste à nouveau le double mouvement de nutrition qui carac-

térise les fonctions de cet ordre ; il y a, à la fois acquisitions et déchets — recettes et récidives. Et si par l'exercice, par le travail musculaire vous favorisez l'absorption de l'oxygène, en vertu du parallélisme des mouvements et processus physiologiques, vous augmentez du même coup le taux d'acide carbonique, et ce que vous considérez comme un gain pour l'organisme se chiffre en définitive par un surcroît de déchets et une excessive fatigue.

Il n'importe donc pas seulement, pour favoriser le but utile de la ventilation pulmonaire, l'hématose, de se borner à faire circuler dans l'arbre respiratoire le maximum d'air possible. Faut-il encore que ce qui est destiné à être une acquisition, une recette, un bien, ne soit pas contrebalancé par une augmentation de déchets, par une nouvelle dépense, par un mal sous une autre forme.

C'est précisément ce qui se passe lorsqu'on prétend faire travailler musculairement le tuberculeux, lorsque, sous prétexte d'augmenter sa ventilation pulmonaire, on le soumet à des exercices ou à des fatigues qui ne sont en rapport ni avec l'état de ses muscles, ni avec l'état de ses poumons. Chez lui la respiration s'exagère, se précipite avec une extrême facilité. Et non pour son plus grand bien, car c'est moins une suractivité de la ventilation pulmonaire qu'une forme de dyspnée, pouvant aller jusqu'à l'apnée et qui traduit la perturbation de la fonction par suite de la lésion de l'organe. Cette respiration dyspnéique n'est que le premier stade de l'asphyxie. Chez le tuberculeux, la respiration sollicitée à outrance, soumise à des exercices immodérés, excitée sans mesure, prend facilement la forme asphyxique. Qu'est-ce à dire ?

C'est que cette exercice musculaire, cette gymnastique dite pulmonaire, a eu pour résultat, non pas d'augmenter la quantité utile d'oxygène et d'en créer comme une réserve dans les alvéoles pulmonaires, mais bien de provoquer une surproduction d'acide carbonique et de déchets incomplètement brûlés par une absorption insuffisante d'oxygène, et, somme toute, de gêner l'hématose au lieu de la favoriser. C'est donc le pire des raisonnements et le plus faux des paradoxes qui consiste, sous prétexte de ventilation pulmonaire, à "faire travailler", comme on dit, le poumon malade du phtisique. Vous favorisez sa tendance par trop accentuée déjà à l'asphyxie, et vous fatiguez son poumon sans bénéfice aucun pour la fonction.

Le but qu'on se propose, loin d'être atteint; s'éloi-

gne donc en poursuivant cette thérapeutique erronnée. On tourne le dos au vrai traitement.

Encore si cette erreur se bornait à augmenter la formation de l'acide carbonique et à fatiguer inutilement la fonction, serait-elle assurément condamnable, mais capable de étrachat susceptible d'une compensation. Peut être, en un sens, cette circulation active d'air dans le poumon pourrait-elle avoir un rôle très vague et hypothétique de "nettoyage" pulmonaire et d'antisepsie bronchique. L'air renouvelé pourrait gêner la prolifération des microbes, et cette ventilation excessive assainir les cavités closes des veines et des bronchioles. Mais outre que ce n'est pas là, nous l'avons dit, l'objet essentiel de l'acte respiratoire, il est une considération qui doit suffire à condamner sans restriction cette thérapeutique de la gymnastique pulmonaire : ce sont les troubles qu'elle entraîne dans le mécanisme respiratoire, et les lésions qu'elle peut faire éclore, aggraver à coup sûr, dans un organe malade.

* * *

La fatigue, l'exercice, causes des congestions, des hémoptysies, etc. — Il existe chez un grand nombre de phtisiques, même au début, des adhérences pleurales, des congestions péri-tuberculeuses, actives ou passives qui s'aggravent avec le mouvement et la fatigue. Ainsi se développent, à la suite des exercices et des fatigues, ces pleurésies avec épanchement, forme grave d'un processus parfois rapide succédant à la forme bénigne et d'un heureux pronostic de la pleurite et de la pleurésie sèche indiquant une tendance à l'enkystement et limitant l'extension des lésions pulmonaires ; ainsi apparaissent, sous l'influence du moindre effort, parfois d'un simple mouvement de colère ou d'un repas par trop copieux, ces hémoptysies si effrayants pour le malade quand elles ne sont pas incoercibles pour la thérapeutique.

Retentissement fâcheux sur l'organe malade, retentissement préjudiciable aussi sur le cœur, sur les vaisseaux, sur le système nerveux.

Quoiqu'on ait pu dire, il n'est pas de lésion cardiaque bienfaisante vis-à-vis de la tuberculose ; les troubles de cet ordre sont aussi redoutables que les troubles dyspeptiques. Il en est de même des troubles nerveux, psychiques, périodiques ou sympathiques si souvent provoqués par l'abus des sports et les suites d'une gymnastique peu faite pour des organismes débilisés.

C'est une vérité que les neuro pathologistes commencent à bien connaître et à mettre en pratique. M. 10

prof. Joffroy, M. Magnan, MM. Toulouse, Sérieux, Vigouroux, pour ne citer que les aliénistes français, préconisent hautement aujourd'hui le traitement des aliénés par le séjour au lit. Non seulement chez ces malades le séjour au lit permet de faire une thérapeutique plus utile, mais il est par lui même un traitement. Mitchell le recommande depuis longtemps dans la neurasthénie. Hayem, Robin, entre autres, l'ont prescrit aux chlorotiques et aux anémiques, dans le but de diminuer la destruction des hématies, qu'activent les exercices musculaires.

“ Le repos au lit, écrit le Dr Vigouroux, a une action modératrice sur les battements du cœur, et augmente la pression artérielle, et agit sur la circulation périphérique en supprimant l'action de la pesanteur, il produit l'hyperémie du cerveau et facilite le retour au cœur du sang veineux des membres inférieurs ; il produit un ralentissement marqué des mouvements respiratoires, la température centrale est modifiée, ainsi que le poids du corps.”

Le repos, en diminuant la production d'acide carbonique, qui est le mode ordinaire des déchets de la respiration, améliore donc la fonction, favorise son but, augmente les effets utiles qui tendent à l'hématose. La distribution de l'oxygène aux différents segments et dans les profondeurs de l'arbre respiratoire se fait plus régulièrement, plus complètement par le repos. La dyspnée, l'essoufflement — encore une fois — n'est pas favorable à l'hématose. Elle favorise l'asphyxie et peut développer ou précipiter des lésions graves dans le poumon bacillifère.

(à suivre)

Coq-à-l'âne médicaux.

Rein mobile, opération de Biondi. — Le docteur Biondi (*La Riforma Medica*) incise au triangle de Pelit, entre l'oblique et le grand dorsal. Il suffit ici de sectionner le bord antérieur du carré des lombes traverser l'aponévrose du transverse pour arriver facilement sur la capsule graisseuse du rein. Cette capsule est enlevée ; tout déplacement est corrigé et le rein est maintenu par des tampons de gaze, que l'on enlève six ou huit jours plus tard ; on trouve alors le rein solidement fixé à sa place. L'opération est des simples et des plus inoffensives.

La maladie de Rega ou de Fede. — Cette maladie — signalée d'abord par Rega sous le nom de glosso-frénilite membraneuse et puis détaillée par Fede, qui la qualifia d'hypertrophie sous-linguale — est caractérisée par un dépôt de fausses membranes sur le frein de la langue, dû à des lésions sous-jacentes. Elle s'attaque de préférence aux tout jeunes enfants. La lésion principale serait des petites tumeurs de nature fibreuse ou papillomateuse. On ne sait rien sur la cause. Le thermo cautère est l'agent thérapeutique. (*La Pediatria — Arch. of Ped.*)

Le massage dans l'ascite infantile. — Pour Durante le massage serait très utile surtout dans la forme tuberculeuse. Les séances se font tous les jours et durent dix minutes ; et comme lubrifiant on emploie le savon vert.

Rein mobile. — Opération de E. W. Andrews, de Chicago (Reefing Operation). — L'intervention suivante aurait donné d'excellents résultats, et comme technique et comme guérison persistante : 1° L'incision porte sur le bord externe du carré des lombes et s'étend de la douzième côte à la crête iliaque. 2° Les muscles sont rétractés et la capsule adipeuse est fendue dans toute sa longueur ; les deux lambeaux ainsi formés sont attirés au dehors et entraînent le rein à leur suite ; et celui-ci se place seul dans le fond de l'incision et y est maintenu par les lambeaux de la capsule. 3° Pendant qu'un aide fait la traction sur la capsule, l'opérateur transfixe les muscles et la base de la capsule, avec des sutures en U ; la compression ainsi obtenue par le rapprochement des muscles, fixe la capsule. 4° On laisse dépasser environ deux pouces de la capsule, le reste étant excisé ; et on rabat de chaque côté, sur le plan musculaire, les moignons fibro-adipeux et on les y fixe accolés par des sutures. La peau est refermée par dessus. (*J. Am. Med. Asso.*)

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Comment doit-on actuellement comprendre le syndrome coliques hépatiques.

par M. KAUFFMANN (Thèse de Paris).

La théorie classique n'admet la colique hépatique qu'avec des calculs ou des corps étrangers dans les voies biliaires.

A cette conception, M. Kauffmann oppose des faits de coliques hépatiques avec tout leur cortège symptomatique en l'absence de tout calcul ou de tout autre corps étranger, faits vérifiés soit à l'autopsie, soit, ce qui est autrement instructif, au cours d'une intervention chirurgicale.

Dans l'ensemble des phénomènes qui constituent le syndrome hépatique il distingue des phénomènes purement spasmodiques (nerveux), d'autres franchement inflammatoires (infectieux). Quelle que soit la forme que revêt en clinique le syndrome en question, on peut dire qu'il est toujours la révélation symptomatique d'un processus pathologique qui s'élabore dans l'appareil hépato-biliaire lui-même ou dans un organe voisin et qui, dans ce dernier cas, retentit soit par propagation directe, soit par voie réflexe sur le système biliaire.

Que la colique hépatique soit calculeuse ou non, qu'elle soit d'origine inflammatoire ou d'origine nerveuse, son mécanisme physio pathologique sera toujours le même.

Les relations intimes entre la colique épatique et la cholélithiase ne peuvent être expliquées que par la grande fréquence chez les lithiasiques des infections biliaires, d'autant plus facile à comprendre que la lithiase elle-même est le plus souvent d'origine infectieuse.

La tuméfaction de la vésicule au début de la crise, fait noté par tous les observateurs, provient généralement de la cholécystite.

La douleur qui caractérise la colique hépatique est dans la grande majorité des cas produite par la cholécystite,

L'ictère est le plus souvent dans ce cas l'effet de la cholécystite ou plus souvent encore de l'angiocholite qui l'accompagne. A côté de cette variété inflammatoire de la colique hépatique existe un autre type clinique, c'est la colique hépatique nerveuse ou névralgie de l'appareil hépato biliaire.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Le sang nicotinisé.

par le Dr GEORGES PETIT.

Sous l'action de l'intoxication nicotinique, l'hémoglobine subit une série de modifications chimiques qui en altèrent l'action physiologique.

A la suite de minutieuses et patientes recherches de laboratoire, je pense pouvoir fixer comme suit, les principales règles qui découlent comme conclusions de mes expériences.

Je demeure convaincu que dans l'avenir cette découverte, dont je revendique la priorité, trouvera de nombreuses applications en pathologie, en toxicologie, voir même en médecine légale.

Mes expériences ont porté sur des animaux volontairement intoxiqués par les procédés habituels, c'est-à-dire l'enfumage, l'ingestion du tabac, l'injection intraveineuse d'une solution de nicotine ou d'une macération de tabac, ou simplement par l'administration d'un lavement nicotinisé, procédé très rapide.

Comparativement j'ai examiné l'hémoglobine après l'avoir mise en contact avec des solutions de jus de tabac.

Enfin, j'ai examiné le sang d'un grand nombre d'individus, grands fumeurs. Dans deux cas j'ai pu utiliser le sang d'une hémorragie et dans un autre cas celui d'une saignée.

J'avertis de suite les physiologistes qui désireraient se livrer, ce que je souhaite, à des recherches analogues aux miennes, qu'ils devront toujours opérer sur le cobaye ou le chien, car avec les autres animaux les résultats sont difficiles à obtenir. C'est ainsi qu'avec la grenouille nous n'avons jamais pu obtenir des cristaux d'hémoglobine suffisamment fixés pour servir de base à des expériences aussi ardues.

Dans les conditions physiologiques ordinaires, les cristaux d'hémoglobine décomposent l'eau oxygénée et du même coup ozonisent l'oxygène.

Une goutte de dissolution d'hémoglobine versée sur le papier réactif imbibé de teinture de gayac, donne une tache rouge entourée d'une auréole bleuâtre.

Si, d'après Beaunis, on mélange de l'essence térébenthine récemment distillée et agitée à l'air avec la teinture de gayac, celle-ci conserve sa teinte jaunâtre; si on ajoute à ce mélange un peu d'hémoglobine oxygénée ou simplement quelques globules sanguins, il se forme aussitôt une coloration indigo, qui est la caractéristique de l'ozone.

Or, avec l'hémoglobine nicotinisée cette réaction n'existera pas; on ne peut pas non plus l'obtenir avec le sang des fumeurs intoxiqués.

La quinine agit de même façon, d'où la possibilité d'une erreur, mais il est facile de distinguer la quinine par sa réaction verte caractéristique avec l'eau chlorée additionnée de quelques gouttes d'ammoniaques.

Le tabac réduit l'oxyhémoglobine par son acide carbonique (ce qu'on peut constater par la spectroscopie), et en lui redonnant de l'oxygène ou même en l'agitant à l'air, l'oxyhémoglobine se reforme.

En revanche quand l'action est prolongée, l'oxygène est chassé en partie et décompose l'hémoglobine réduite.

Les acides gras volatils, contenus dans le tabac, les acides tartrique, citrique, prussique décomposent l'hémoglobine en donnant naissance à des matières colorantes qui ne contiennent plus trace de fer, car le fer se sépare et est précipité à l'état d'oxydure.

(L'Ind. méd.)

CHIRURGIE

La suture dans les fractures de la rotule.

par M. JABOULAY.

Quand on a décidé, sûr de son terrain et de son asepsie, de traiter une fracture de la rotule par la suture, quelle technique va-t-on adopter une fois l'articulation ouverte et débarrassée du sang ? D'abord la pratique qui consiste à perforer les deux fragments rotuliens et à passer par ces trous des fils que l'on serre par devant l'os, manque de facilité et expose à laisser dans l'article un corps étranger si les fils ne sont pas retirés en totalité et viennent à casser. De même il n'est pas toujours commode de recourir à la fixation des fragments par deux fils traversant, l'un le tendon, l'autre le ligament rotulien, puis serrés ensemble. Quant à la suture des fibres aponévrotiques déchirées au niveau de la fracture, celle des ailerons rotuliens, elle ne fait que le rapprochement et non la coaptation qui doit être le fait d'une intervention directe. Les succès qu'ont donnés ces procédés incomplets se rapportent à des cas où le simple massage aurait aussi bien réussi. Car il faut bien savoir que les fractures rotuliennes peuvent guérir par l'immobilisation, par le massage, par la suture de la rotule seule, par celle des ailerons, par celle enfin des fibres aponévrotiques qui passent devant la solution de continuité. Si la suture des seules parties fibreuses a pu contribuer à la réunion osseuse, plus souvent encore la suture des fragments osseux a causé la reprise des ailerons rotuliens. C'est la suture osseuse qui, le plus souvent pratiquée jusqu'ici, a donné la plupart des excellents résultats connus. Il n'est donc pas permis de vanter la suture fibreuse à l'exclusion de l'autre et de la préférer à la suture osseuse. S'il est indiqué d'opérer et qu'on intervienne, il faut faire une contentation parfaite et complète, à la fois des os fracturés et des parties fibreuses déchirées, sans négliger l'un des deux tissus divisés. Agir autrement, c'est priver le malade d'une chance de guérison parfaite, sans faire une opération moins sérieuse. Le cerclage de la rotule, à l'aide d'un fil rasant le contour de cet os commence à remplir l'indication dont nous parlons ; il est cependant trop rapproché de l'os pour combattre efficacement la déchirure des parties fibreuses : c'est un procédé intermédiaire aux procédés exclusivement osseux et à ceux qui sont exclusivement aponévrotiques. Pour réunir du même coup les fragments osseux et les déchirures des ailerons nous conseillons de reporter ce cerclage à une certaine distance, un ou deux travers de doigt, autour de la rotule ; en nouant les deux bouts du fil en surjet ainsi fauflé et serré, non seulement on coapte les fragments de la fracture, mais aussi on plisse et rapproche autour d'eux les parties molles déchirées. Ces dernières sont l'objet spécial d'un point ou deux de la suture en prolongeant

le surjet jusqu'à leurs dernières limites ; leur importance est en effet démontrée par les faits suivants : Des cas existent d'expulsion pathologique de la rotule suivis de la récupération parfaite des mouvements, et certaines fractures de cet os avec grand écartement ont pu n'amener aucune impotence fonctionnelle. Il est vrai qu'il faut tenir compte de la présence de fibres tendineuses allant directement du quadriceps crural à la tubérosité antérieure du tibia.

J'ai fait présenté, par M. Patel, à la Société des sciences médicales du 18 juillet, un malade de 57 ans, qui avait subi ce *cerclage à distance* et la suture des fibres aponévrotiques antérieures pour une fracture sous-cutanée transversale à deux fragments, résultant d'une chute sur le genou. L'opération avait valu un cal osseux révélé par l'examen direct autant que par la radiographie. La marche et les mouvements de l'articulation du genou étaient faciles ; la flexion toutefois ne dépassait pas l'angle droit. Ce cas prouvait entre autres chose que l'âge n'est pas une contre-indication à l'opération et que celle-ci peut être pratiquée lorsque le trop grand écartement des fragments ne laisse pas espérer une consolidation convenable.

L'observation clinique montre toutefois que la division ostéo-aponévrotique n'est pas tout dans la fracture de la rotule ; il est un autre élément aussi important pour le résultat éloigné ; c'est l'arthrite du genou par éparchement du sang. Cette hémarthrose, suivant qu'elle se résorbera sans laisser de traces, ou qu'elle sera suivie de synéchies fémoro-tibiales, influencera la motilité ultérieure du membre et son usage, d'autant qu'elle aura occasionné dans cette dernière occurrence l'atrophie du quadriceps de la cuisse. Comme le massage est le meilleur moyen de lutter contre l'hémarthrose, on comprend quelle bonne méthode il constitue, et pourquoi d'excellentes sutures, donnant des cals osseux, peuvent ne pas fournir la perfection fonctionnelle immédiate : la guérison de la fracture exigeant une immobilisation prolongée. Aussi faut-il vite soigner l'arthrite une fois la cicatrisation osseuse et fibreuse assurée.

Notre malade avait, avons-nous dit un cal osseux, et l'appareil extenseur de la jambe sur la cuisse bien rétabli. Cependant la cuisse avait 2 centimètres d'atrophie, et la flexion n'arrivait pas à l'angle aigu. C'est que son arthrite n'était pas guérie si la fracture l'était, et les mouvements faisaient percevoir des craquements ; le résultat ne pourra être parfait qu'après la disparition de ce reliquat d'inflammation articulaire.

(Lyon méd).

Les formes bénignes de psoriasis.

par M. H. MORESTIN (Congrès de Paris)

Les formes bénignes du psoriasis sont virtuellement admises par les auteurs classiques, mais comme à regret,

et leur mention est entourée de réserves telles que dans la pratique on ne s'attend guère à les rencontrer.

En fait, le pronostic de la maladie est considéré comme fort grave et même presque fatal. La suppuration et la terminaison obligée et la mort suivent tôt ou tard.

On peut s'étonner que l'inflammation d'un simple muscle puisse avoir de si graves conséquences et mette ainsi régulièrement la vie en péril.

En réalité l'histoire de cette affection est faite avec des observations déjà anciennes, sa description ne répond plus d'une manière exacte à la généralité des faits.

Certaines suppurations d'origine pelvienne, mieux étudiées et mieux traitées, ont cessé d'être confondues avec les suppurations de la gaine du psoas.

Puis les suppurations profondes sont abordées sans retard et sans crainte, par des opérations précoces, complètes et larges, et dans cet ordre d'idées ouvrir la fosse iliaque nous paraît aujourd'hui une intervention simple. Il est évident que si on commençait par mettre aux poitis des appareils plâtrés, comme Dolbeau, si l'on attendait la fluctuation pour inciser, ou si l'on se bornait à de petites ponctions, les désastres seraient encore la règle.

Je voudrais surtout insister sur les formes franchement bénignes, auxquelles appartenaient deux cas que j'ai pu recueillir à l'hôpital Saint-Louis pendant ces derniers mois.

Dans l'un il s'est formé lentement un abcès de psoas, non seulement sans phénomènes inquiétants, mais sans trouble bien apparent de la santé générale.

Une simple incision a amené la guérison ; encore fut-elle tardivement pratiquée, car la malade se refusa d'abord à toute opération.

Quant à dire que la myosite est réellement primitive, il est à coup sûr impossible de l'affirmer. Peut-être même dans le cas de psoitis puerpéral la lésion est-elle en réalité fréquemment secondaire. C'est une opinion émise par M. Vincent dans l'excellent article de *Dictionnaire Dechambre*. M. Vincent admet que la plupart des psoites sont une conséquence d'une phlegmasie sous-péritonéale. M. Moustier a rapporté à la Société anatomique une pièce où il s'agissait d'adénophlegmons des ganglions iliaques internes, situés contre les psoas, au voisinage de la bifurcation des iliaques primitives. Il existe un assez grand nombre de ganglions sous-péritonéaux appliqués contre les psoas et en communication plus ou moins directe avec les organes génitaux internes. C'est une disposition connue depuis fort longtemps puisqu'elle est admirablement figurée par Mascagni. La pathogénie du psoitis puerpéral réside évidemment dans ce rapport pour un certain nombre de cas tout au moins.

Mais il y a plus, et la guérison peut survenir par résolution complète, alors même que la lésion est bilatérale, l'envahissement simultané ou successif des deux côtés ayant toujours été pourtant considéré comme une

circonstance encore aggravante. Une observation de M. Moustier en est la preuve :

Je demanderai quels signes distinguent les psoites vraies des pseudo-psoites. Pourquoi arbitrairement vouloir en exclure les formes bénignes, dont on accepte l'existence pour l'inflammation de tous les organes ?

Dans les formes bénignes dont nous nous occupons, les moyens les plus élémentaires suffisent à procurer la guérison.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Traitement de la prostatite chronique par le massage.

La prostatite chronique étant souvent très rebelle à nos moyens thérapeutiques ordinaires, il est bon de savoir que M. le Dr M. Schlifka, assistant de M. le Dr A. von Frisch, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne, a obtenu dans cette affection d'excellents résultats par le massage de la prostate pratiqué de la façon suivante :

Le malade ayant été placé dans le décubitus dorsal ou bien dans la position génu-cubitale (plus commode pour l'opérateur), le médecin introduit l'index dans le rectum du patient et fait avec ce doigt, le long des deux lobes prostatiques, des mouvements d'effleurage et de pétrissage, d'abord très légers, puis de plus en plus forts, suivant la tolérance du sujet. Le massage est continué pendant quelques minutes, et les séances sont répétées tous les deux jours.

Sous l'influence de ce traitement simple et facile, M. von Frisch a obtenu chez ses malades l'atténuation, puis la disparition plus ou moins rapide des manifestations morbides, des troubles de la prostatorrhée et des symptômes neurasthéniques, qui accompagnent fréquemment la prostatite chronique.

(Gaz heb. de méd. — R. de cin. d'élec.)

TOXICOLOGIE

Empoisonnement par l'acide phénique traité avec succès par l'alcool

Depuis quelques temps, des auteurs semblent vouloir démontrer que l'alcool est le plus puissant antidote de l'acide phénique.

L'emploi simultané de ces deux substances, en thérapeutique, deviendra certainement à avoir de nombreuses indications.

C'est ainsi, par exemple, que certains médecins prétendent avoir eu des guérisons surprenantes dans des blennorrhagies et des vaginites chez la femme. Ils font un badigeonnage avec de l'acide phénique pure, dont on imbibe un tampon monté ; cette application est suivie d'une large irrigation à l'alcool absolu.

La guérison s'opèrerait, d'emblée d'une seule application.

Voici maintenant le cas d'une femme de 60 ans qui prit, par erreur, deux onces d'acide carbolique pure. H. Rodman le rapporte dans le *Medical Record*.

Quand il vit la malade au début, elle était inconsciente, le pouls était filiforme et presque imperceptible. Il y avait dyspnée intense, la face était congestionnée, et les lèvres cyanosées. Les reflexes de la conjonctive et de la pupille étaient disparus. Les extrémités étaient froides, la température rectale à 96.2°. Une escarre était formée aux lèvres et à la langue.

Un tube stomachal fut introduit dans le pharynx et on y fit passer 4 onces d'alcool pur ; ceci resta deux à trois minutes, ensuite le tube fut introduit dans l'estomac, et ce qu'il contenait fut lavé avec de l'eau chaude. Après ce lavage, l'estomac fut encore lavé avec de l'alcool dilué ; le tube fut, ensuite, enlevé.

Au bout de 20 minutes, la malade a conscience de ce qui se passe. Le pouls s'est amélioré, et la respiration est devenue moins accélérée. La patiente vomit et donne deux selles. On lui administre de la strychnine et d'autres stimulants cardiaques. A fréquentes intervalles on lui donne des injections hypodermiques d'alcool.

En moins d'une ½ heure la patiente est devenue gaie et excitée, probablement par l'effet de l'alcool. Il n'y a pas de douleur épigastrique ou de sensibilité abdominale.

A l'exception de la douleur dans le naso pharynx, qui n'avait pas été traité avec l'alcool rien n'inquiète.

Le soir du jour où le poison avait été pris, la température était à 102° et le pouls à 110, mais bon.

L'urine, que l'on obtint au moyen du cathétérisme, était brune, suffisamment abondante, et ne contenait pas d'albumine.

Le troisième jour la température et le pouls, aussi bien que l'urine, étaient normaux.

Le cinquième jour la patiente ne requérait plus de soins.

Trois semaines après elle était en excellente santé.

RHEAUME.

PEDIATRIE

Traitement de la scoliose grave des adolescents.

par le Dr J. GOURDON.

Pour l'auteur le ramollissement osseux est la cause immédiate de la déviation vertébrale des adolescents ; la cause immédiate réside dans l'attitude vicieuse souvent répétée,

Pour produire la scoliose, il faut donc en plus de la position vicieuse habituelle admettre une prédisposition individuelle. La rotation des vertèbres ne semble pas être la cause unique de la production de la gibbosité costale postérieure. Cette gibbosité, qui se produit à une distance plus ou moins grande de l'axe du corps, sa forme *angulaire*, sa disproportion fréquente avec une faible déviation vertébrale, sa production enfin dans certains cas du côté opposé à la déviation sont autant de preuves qu'il s'est également produit un ramollissement costal et que les côtes ont plié là où était la moindre résistance.

Le traitement préconisé par l'auteur dans les cas de scioses graves de l'adolescent doit répondre aux deux indications suivantes :

1° Mobilisation du rachis et du thorax ; 2° fixation en position rectifiée.

La première partie comprend le redressement de la colonne vertébrale, la détorsion des vertèbres et l'aplatissement de l'angle costal. Pour obtenir le redressement du rachis, l'auteur pratique l'extension forcée avec l'appareil de Sayre en y joignant de la contre extension. Dans certains cas plus anciens et plus difficiles, il se sert des appareils à traction de Redard et Bilhaut. La torsion vertébrale est combattue par le redressement manuel qui nécessite un ou deux aides pour fixer solidement le bassin, tandis que le chirurgien, suivant le conseil de Roth embrassant le thorax du sujet, lui imprime un mouvement de rotation.

Pour faire disparaître l'angle costal, le Dr Gourdon opère le modelage de la gibbosité sur le plan incliné de Lorenz-Redard. Il se sert également dans ce but de l'appareil à rachylise de Barwell, auquel il a fait subir une légère modification dans le mode d'attaché de la corde de traction séparant le point de fixation de ses deux chefs et y joignant la suspension cervicale.

En plus de ces redressements forcés, on doit exiger que le malade consacre chez lui deux heures chaque jour à des exercices complémentaires. Ce traitement complémentaire consistera en massage des muscles du dos, exercices de gymnastique pour assouplir la colonne vertébrale et fortifier les muscles du dos. Le sujet devra s'astreindre, en outre, à faire de longues séances de suspension à l'appareil de Sayre. Dans les cas graves, le traitement est complété par des applications répétées de l'appareil de Fisher.

La deuxième partie du traitement est obtenue à l'aide d'un corset en plâtre amovo inamovible. L'auteur fait avec juste raison observer d'abord qu'on ne peut améliorer une scoliose par le seul port du corset. Le thorax d'un scoliotique ne devra être immobilisé qu'après lui avoir fait subir un traitement et quand on est sûr d'avoir obtenu une amélioration.

Un tel traitement durera au minimum dix huit mois à deux ans et doit être effectué chaque jour.

D'après 56 cas de scoliores graves ainsi traitées, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° On peut, dans tous les cas, arrêter les progrès de la déviation, malgré son ancienneté, et calmer les douleurs du rachis, assez fréquentes chez les jeunes filles.

2° Dans plus de la moitié des cas, on obtient une amélioration notable caractérisée par l'accroissement de la taille et une diminution sensible des saillies paraspinales.

3° Dans un dixième des cas, on a une guérison, c'est-à-dire, redressement à peu près complet de la colonne vertébrale et saillie paraspinale devenue peu appréciable.

(Revue mens. de gynéc. obst. et pédiatrie — R. de Cin. d'élec.)

Traitement des colites aiguës chez les enfants

par M. le Dr AVIGNARET.

La colite aiguë constitue un type clinique nettement distinct de la gastro-entérite ; elle se développe soit primitivement, soit au cours d'une fièvre typhoïde, soit consécutivement à une gastro-entérite ; elle est manifestement d'origine infectieuse. Elle se présente sous deux formes : 1° forme muqueuse ou muco-glaireuse ; 2° colite dysentérique, qui évolue comme une dysenterie typique, au point de vue des symptômes généraux et des signes locaux, jusque et y compris les selles sanglantes et même parfois les selles en râclures de boyaux. Aussi convient-il de mettre en œuvre contre elle le même traitement que contre la dysenterie. Il faut tenir le malade au repos au lit et à la diète hydrique ou lactée ; diminuer le ténésme par l'administration de lavements laudanisés ; enfin, modifier l'inflammation de la muqueuse. Pour satisfaire à cette dernière indication, c'est à l'ipéca ou aux purgatifs qu'il y a lieu de recourir, de préférence aux lavages, qui exaspèrent les douleurs, et aux lavements modificateurs à l'ipéca, au biborax ou à l'hyposulfite, qui sont mauvais également. L'ipéca réussit dans les premiers jours seulement ; mais il ne donne de bons résultats qu'à la condition d'être employé à doses assez fortes et alors il est déprimant. Le calomel est souvent irritant. Reste le sulfate de soude, depuis longtemps employé dans la dysenterie, et qui a le double avantage de purger et d'exercer en même temps sur la circulation une action favorable à l'arrêt des suintements sanguins. C'est donc le sulfate de soude que préconise vivement M. Avignaret. S'il y a un état saburral assez prononcé, il l'administre le premier jour, chez les grands enfants, à la dose de 10 à 15 grammes ; puis, les jours suivants, il en fait prendre de 2 à 5 grammes, en plusieurs prises réparties, à quelques heures d'intervalle. Sous l'influence de ce traitement, l'état

local s'améliore bientôt, le sang, les glaires disparaissent successivement des selles ; au bout de 5 ou 6 jours, apparaît la diarrhée, phénomène avant-coureur d'une guérison prochaine ; l'état général s'améliore en même temps à l'avenant. Comme moyens adjuvants, on peut, au besoin, utiliser les bains et parfois les injections de sérum.

(Gaz. méd. belge.)

FORMULAIRE

Lotion contre le coryza chronique.

(MORELL-MACKENZIE).

Bicarbonate de soude.....	} à 8 grains
Biborate de soude.....	
Chlorate de soude.....	
Sucre blanc.....	15 grains

Eau tiède, un demi-verre environ. Faites dissoudre. Cette solution étant chauffée 37 degrés C, on en verse dans le creux de la main, et on l'aspire fortement, de manière qu'elle traverse toute la cavité nasale, jusqu'au pharynx, d'où elle est ensuite crachée ; ou bien on l'injecte dans le nez avec une petite seringue de verre ou de caoutchouc.

(Gaz. méd. belge.)

Potion expectorante et calmante.

(M. A. ERPAGNE).

Sirop d'ipéca.....	8 à 10 grammes
Sirop de Tolu.....	20 —
Bromure de potassium...	1 —
Eau-de-vie ou rhum.....	21 —
Hydrolat de tilleul.....	75 —

F, S. A.— A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Cette potion est rarement nauséuse et jamais vomitive.

Chez les enfants, on abaisse la dose de sirop d'ipéca jusqu'à 5 grammes, et on diminue aussi, suivant l'âge, la quantité d'alcool et de bromure.

(Gaz. méd. belge.)

Contre les sueurs profuses des mains.

Borax.....	} à 4 drachmes.
Acide salicylique....	
Acide borique.....	1 drachme.
Glycérine.....	} à 2 onces.
Alcool dilué.....	

M. Usages externes.

LE PROFESSEUR BROSSÉAU.

A. T. Brosseau, professeur titulaire de clinique chirurgicale, à la faculté de médecine de l'université Laval, à Montréal, chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame, est mort le 6 octobre à son domicile de la rue Saint-Denis, après deux ans de maladie.

De tous les médecins canadiens-français, il n'en est pas un dont le nom ait été aussi connu que celui de Brosseau ; il y en a peu qui aient été aussi intimement liés aux graves questions qui ont agité le monde médical de cette province, depuis près de quarante ans. Fils de cultivateur, Brosseau est né à Laprairie en 1837. Il fit de solides études classiques au collège de Saint-Hyacinthe et commença ses études médicales à l'école de médecine et de chirurgie de Montréal, en 1857. Reçu médecin en 1860, il alla s'établir au carré Chaboillez, où il pratiqua la médecine générale.

Il ne tarda pas à douter des méthodes thérapeutiques, à trouver trop lentes et trop probléma-

tiques les guérisons obtenues par la médication interne. Cependant, détail à noter, il avait eu pour patron, pendant sa cléricature, le Dr Emery Coderre, alors professeur de matière médicale à l'École de médecine. À l'instar de Trousseau, qui n'aimait pas la chimie, Brosseau n'aimait pas la matière médicale et il ne manqua aucune occasion favorable de décocher des traits acerbes à l'adresse des thérapeutes et de leurs médicaments. Ce qui l'attirait, le fascinait en quelque sorte, c'était le

traitement radical, rapide, tangible tel qu'on l'obtient avec le couteau et la scie, le fer et le feu ou avec quelques agents chimiques qui exercent une action visible incontestable. C'est dire que Brosseau avait des goûts prononcés pour la chirurgie ; aussi, grande fut la surprise de ses amis lorsqu'ils apprirent que l'École de médecine par une résolution en date du 31 août 1871, le nommait professeur titulaire de botanique.

Le nouveau titulaire ne prit d'ailleurs jamais ce nouveau rôle au sérieux : n'aimant pas la matière médicale, il ne pouvait attacher une grande importance à la botanique ; aussi il travailla ouvertement à faire rayonner cet enseignement du cadre des études médicales,

Ayant été professeur d'anatomie, avant de devenir membre de la corporation de l'École, Brosseau se sentait préparé à entreprendre, pour son propre compte, des études de chirurgie. C'est dans ce but qu'il alla passer quelques mois à Paris et à



Londres en 1872. Ses maîtres favoris furent Verneuil, Guyon, Gosselin, Jules Guérin, Trelat, Tillaux, Farabœuf et Thompson. Il fut l'élève particulier de Farabœuf.

À son retour au pays, il se sentit pris de la fièvre de l'enseignement et d'un ardent désir de pousser l'École de médecine dans la voie des modifications vers le progrès. Il succéda au docteur Rottot à la chaire de médecine légale en 1875, organisa un cours libre de médecine opératoire et fut admis à faire le service à l'Hôtel-Dieu

où il donna des cliniques chirurgicales qui eurent du retentissement.

A peu près vers la même époque, il prit une part très active aux élections du Collège des médecins de la province et travailla à obtenir pour nos compatriotes une part plus active dans les affaires du bureau.

L'imbroglio Laval-Victoria étant survenu en 1878, Brosseau se jeta ardemment dans la lutte et passa à la succursale Laval, où il occupa la chaire de pathologie externe, de clinique chirurgicale et de médecine opératoire. Deux ans plus tard, il fut l'un des fondateurs de l'hôpital Notre-Dame et se dévoua jusqu'à ses derniers moments pour en assurer le succès. Voyant que les luttes Laval-Victoria nuisaient au progrès des études médicales, comprenant tout le bien qui pourrait résulter d'une union franche, loyale et honorable entre les deux corps belligérants, Brosseau fut en faveur de la paix et de l'union. Il eut, dans la nouvelle faculté, la chaire de clinique chirurgicale, qu'il n'a cessé d'occuper depuis.

Elu gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens de la province, il occupa la charge de secrétaire jusqu'aux dernières élections. Si nous ajoutons à cela que Brosseau a été un des fondateurs de l' " Union Médicale du Canada ", de la Société Médicale de Montréal, qu'il a contribué puissamment de sa bourse et de sa plume à leur maintien et à leur bon fonctionnement, nous aurons relaté à peu près tous les faits saillants de sa carrière.

Mais cette note biographique serait incomplète si nous n'y ajoutions pas quelques observations de nature plus intime et plus personnelle.

Doué d'une énergie indomptable, d'un grand amour du travail, d'un goût élevé pour l'enseignement, d'un désir sincère de relever le niveau de la profession, Brosseau a laissé une empreinte profonde de la participation qu'il a prise au mouvement médical de cette province. Son énergie s'est manifestée par la constance et la persévérance dans ses efforts à parvenir à son but malgré les échecs, les rebuffades, même les humiliations qui ne lui ont pas été ménagées.

En qualité de professeur, s'il a eu son égal dans la Faculté il n'a pas eu son supérieur. Rien chez lui n'a été sacrifié à la forme ; il poursuivait un but : instruire, enseigner aux élèves les choses essentielles de la pratique chirurgicale tout simplement, se servant d'un langage clair, de démonstrations précises, et à la portée de tous. Aussi les dix générations d'élèves qu'il a formés conserveront-ils de lui le meilleur souvenir.

Brosseau, chirurgien, a fait époque dans les annales de notre chirurgie, il a eu de grands succès, il a fait beaucoup de bien, sa technique opératoire était classique, mais il ne maniait pas le couteau en artiste et s'occupait peu d'impressionner favorablement sous le rapport de la mise en scène.

Il n'opérait jamais par complaisance et s'il a manqué de hardiesse parfois, c'est qu'il cachait, sous des dehors de chirurgien conservateur, un manque de confiance en lui-même. Doué d'un tempérament nerveux, irritable, Brosseau avait des brusqueries qui ont fait le désespoir de ses assistants et la terreur de ses patients. Mais c'était un bourru bienfaisant sous : un extérieur rude, le défunt cachait un cœur sensible, bon et compatissant. Sa science était solide et sa droiture de caractère proverbiale ; ce qu'il pensait il le disait, il avouait ses erreurs sans se soucier du tort que cela pourrait lui causer, son cœur et son esprit étaient un livre ouvert, tout le monde pouvait y lire. La diplomatie étant un vain mot pour lui il a eu à souffrir de cette franchise brutale qui ne sait pas s'accommoder de la réserve et des demi mesures.

Quand il voulait quelque chose, il fallait le lui accorder immédiatement, sinon c'était la guerre qui se déclarait. Quelquefois la lutte devenait acharnée, les armes étaient plus ou moins appropriées, manquaient souvent le but, ou se retournaient contre lui-même, mais on lui doit ce témoignage qu'il luttait de bonne foi et que s'il lui est arrivé de blesser quelqu'un il a été le premier à le reconnaître et à le regretter.

Un autre caractère saillant de Brosseau a été le dévouement et la ponctualité. A ses cours, à son service d'hôpital, aux assemblées des associations auxquelles il appartenait, il arrivait à l'heure ; il était rarement absent. Il y a quelques semaines, quoique gravement malade et marchant avec peine, il assistait à une assemblée de la Faculté, et prenait encore le chemin de l'hôpital Notre-Dame.

Il avait désiré mourir sur le champ de bataille ; son plus beau titre de gloire eut été de rendre le dernier soupir dans l'amphithéâtre, au cours d'une opération ou d'une clinique, au milieu des élèves qu'il aimait tant et qu'il servait si bien.

Il n'a pas eu ce bonheur mais la mort n'a pas voulu le prendre avant que ses chers élèves soient revenus de leur vacance. Ils ont pu assister à ses obsèques à L'Annapolis, se joindre à une foule nombreuse de parents, de collègues, de confrères et d'amis, venus de toute part,

pour rendre un dernier hommage à la mémoire d'un excellent ami et du plus dévoué des professeurs.

A. A. FOUCHER (in *L'Union Médicale*)

Travaux Originaux

La cure de repos chez les phtisiques.

par M. C. T. SAMUEL BERNHEIM, (de Paris)

(Suite)

Le repos s'oppose à la mobilisation des bacilles. — Enfin, la sédation a un dernier rôle dans l'infection. Le repos empêche la généralisation des bacilles. On le comprendra facilement si l'on songe que les bacilles et leurs toxines sont véhiculés par la circulation sanguine et lymphatique. Toute cause qui surexcite celle-ci augmente la diffusion microbienne. C'est chez les surmenés, chez les tuberculeux qui s'adonnent aux sports, qui font de l'exercice musculaire le tout et la base de leur traitement qu'on voit survenir après des périodes de fièvre souvent longues, ces rappels de l'infection à distance, les foudroyants accès de granulie pulmonaire ou méningée. Nul doute que la fatigue n'ait sourdement préparé la récurrence de la maladie et travaillé à sa généralisation. L'exercice, le travail musculaire, l'essoufflement mobilisent les bacilles. Ceux-ci constituant une armée d'envahisseurs qui, au moindre signal, se mettent en marche. Il faut laisser reposer l'infection qui dort, pourrait-on dire, en se souvenant d'un vieux proverbe populaire.

* * *

Conclusion sur le rôle thérapeutique du repos. — Nous croyons avoir montré les avantages de la cure de repos dans la tuberculose, interprété ceux-ci, expliqué pourquoi ils se produisent et donné une raison aux faits que l'expérience avait maintes fois constatés sans en donner la raison. Ce n'est pas la gymnastique, c'est le repos qui est l'hygiène rationnelle des tuberculeux. Le repos diminue les chances d'auto-intoxication, diminue les déchets organiques, régularise les fonctions du poumon et du cœur, ménage l'organe malade, calme la fièvre, est le complément indispensable de la cure d'air et de la cure alimentaire. Pour toutes ces raisons, la cure de repos est le terme le plus important de la trilogie thérapeutique aujourd'hui invoquée contre la tuberculose,

us important, disons-nous, parce que s'il ne se suffit pas toujours quoique souvent à lui-même, du moins il est la condition indispensable des deux autres moyens.

Voyons donc comment il convient d'appliquer la cure de repos.

* * *

Comment se pratique la cure de repos. — Daremberg et Chuquet ont formulé les deux propositions suivantes :

1° La cure d'air doit se faire au repos.

2° Le repos doit être intellectuel et physique.

Nous ne reviendrons pas sur la première de ces propositions que nous avons suffisamment établie dans les pages précédentes. Nous avons amplement montré les bienfaits et le bien fondé de la cure de repos, et démontré qu'elle était la condition indispensable de la cure d'air et de la cure d'alimentation.

Le repos doit être intellectuel. Et cela, aussi, se conçoit facilement. Contrairement à la croyance populaire, l'homme qui travaille de tête produit un effort considérable ; il use son système nerveux comme le gymnaste surmené ou le lutteur surentraîné consume son muscle. Occasion de dépense, occasion de déchets, le travail intellectuel concourt, comme l'effort, comme la fatigue quelle qu'elle soit, à la faillite de l'organisme, ou plutôt, le surmenage intellectuel lui-même est une fatigue — le mode même le plus épuisant du surmenage, puisqu'il intéresse directement la source même de la force vitale, les centres nerveux.

C'est pourquoi on proscriera au tuberculeux en traitement toute occasion de fatigue intellectuelle, les soucis d'affaires, les préoccupations morales, le lourd fardeau des responsabilités d'un métier parfois absorbant et qui les accumule sur une seule tête, comme le caissier ou le comptable dans une grande maison de commerce ou dans une banque. Pour la même raison, les distractions, qu'on considère souvent à tort comme des dérivatifs, sont des occasions de fatigue et d'imprudences. Le théâtre, les réunions bruyantes, les bals, les conversations prolongées ou excitantes n'auront plus de place dans la vie du phtisique.

A ce sujet, Sabourin écrit très bien : " La loi qui régit la cure de repos doit être absolue. Le tuberculeux curable doit être sevré de tous les soucis, de toutes les préoccupations, de tous les travaux intellectuels pénibles et soutenus. Il faut dire adieu momentanément aux affaires, il faut interrompre net ses études. Il est parfois fort difficile de faire comprendre aux malades et aux

familles cette dure nécessité. On ne leur fait pas accepter facilement que pour se guérir il faut peut-être briser une carrière commencée. Mais la question de vie ou de mort se pose brutalement. Le commerçant doit savoir que s'il continue à diriger ses affaires, il mourra, et que c'est reculer pour mieux sauter. Car étant malade et de plus en plus malade, il les dirigera fort mal, ses affaires, et quand il sera mort il ne les dirigera plus du tout...."

Voilà pour le repos intellectuel.

Le repos physique ne comporte pas des indications moins rigoureuses. En thèse générale, on peut poser que la plupart des exercices physiques sont préjudiciables à la cure : escrime, danse, équitation, bicyclette, canotage, même le massage thoracique qui, d'après Chucquet, pourrait déterminer un traumatisme pulmonaire et des congestions : " Tout effort au travail animal, qu'il soit musculaire, nerveux ou organique, entraîne (dit Bennett) une dépense de la force vitale. Pour dépenser, il faut avoir. Demander à un malade débilite de dépenser en exercice musculaire de la force qu'il ne possède pas, que ses aliments imparfaitement élaborés ne lui donnent pas, est peu physiologique d'une part, irréfléchi et cruel de l'autre."

Comment se fera la cure de repos, corollaire et condition de la cure d'air.

Dettweiler a montré que le meilleur moyen d'habituier le malade à l'air est de l'y exposer étant couché.

" Les patients affaiblis, écrit Knopf dans une complète étude sur les sanatoria, restent étendus dans leur lit, qui est placé sur le balcon communiquant avec les chambres, jusqu'à ce qu'ils aient repris des forces et qu'ils puissent descendre."

Quelques médecins dirigeant des sanatoria obligent tous les malades febricitants à rester au lit ; d'autres leur permettent de faire la cure sur la chaise longue, mais avec défense absolue de se lever. Je crois qu'en règle générale, il n'y a aucun inconvénient, mais qu'il est plutôt avantageux de laisser un phtisique modérément febricitant étendu sur une chaise longue à l'air libre, pendant un temps limité. Pouvons-nous permettre à nos malades de faire leur cure sur la chaise longue, l'été et l'hiver, qu'il fasse beau ou mauvais temps, qu'il neige ou qu'il pleuve, qu'il fasse du vent ou que l'air soit calme. D'une manière générale, nous répondons : " Oui, tous les temps sont bons pour la cure à l'air libre sur la chaise longue, et peut-être en faut-il faire exception que pour les vents trop forts ou trop froids.

Dans les sanatoria, la cure de repos est faite méthodiquement et les malades bien surveillés la pratiquent avec obéissance et régularité. La chose n'est pas toujours aisée quand nous traitons un malade à domicile et même dans certaines stations sanitaires. Dans ces cas, nous conseillons au patient de s'étendre toute la journée sur une chaise longue placée dans un kiosque, une tente ou une guérite de bains. De cette façon, le malade est protégé contre le vent et le soleil, tout en respirant au grand air. La guérite est déplacée s'il y avait du vent ou du soleil, car il faut se rappeler que si l'air pur et le repos sont indispensables au phtisique, ce dernier ne doit s'exposer ni au refroidissement ni à l'insolation. Ainsi étendu, il sera chaudement couvert et il aura à ses pieds une boule d'eau chaude pendant l'hiver. La chaise longue avec la tente seront placées à l'abri du vent, mais cependant bien exposées de manière à recevoir le maximum de lumière et de soleil. La bonne influence des rayons solaires sans pouvoir être analysée, est cependant incontestable. La chaise longue sera placée de telle sorte que le phtisique aura les pieds au soleil et la tête à l'ombre ; il devra voir le soleil sans en être vu. Tout endroit humide ou sombre ne pourra être utilisé pour la cure de repos.

Quoique le repos absolu soit indispensable, on peut cependant placer à côté du malade une petite table mobile ou un pupitre sur lesquels sont disposés des livres, des journaux et quelques menus objets de distraction. Néanmoins, il faut recommander au phtisique de ne pas trop se fatiguer en écrivant ou par la lecture, car toute fatigue peut congestionner ses lésions tuberculeuses.

Le lit, ou la chaise longue, tels sont donc les deux moyens qui permettent d'appliquer dans toute sa rigueur la cure de repos.

* * *

Où se pratique la cure de repos. — Mais où faut-il faire sa cure ? A la ville, à la campagne, dans quel climat, près de la mer, dans la montagne, sur un plateau ? Questions nombreuses, de seconde importance quoique non négligeables, et qui ne doivent point faire renoncer au principe même de la cure, à supposer que celle-ci ne puisse s'effectuer dans les conditions les meilleures d'aérothérapie et de climatologie.

Comme le fait remarquer Knopf, c'est un des plus grands mérites de Dettweiler et de ses élèves d'avoir démontré que les conditions météorologiques, avec leurs diversités dans nos zones tempérées, sont presque sans

influence sur la marche de la phtisie pulmonaire, et que la cure à l'air libre dans les établissements privées ou ailleurs, si le malade peut être constamment surveillé par le médecin, est possible pendant toute l'année.

Assurément il n'est pas indifférent de faire sa cure à la campagne plutôt qu'à la ville, dans tel climat ou dans tel autre. L'atmosphère urbaine, on le sait, ne vaut pas celle des champs. Les observations de MM. Miquel et Freudenreich sont très concluantes à cet égard : tandis que dans les montagnes, à une élévation de 2000 mètres, il n'existe aucune bactérie, dans l'air du parc Montsouris, on en trouve 760 par centimètre cube et 5500 dans celui de la rue de Rivoli. Il y a une différence entre la butte Montmartre et telle station des Pyrénées. Il vaudra donc mieux, si on le peut, s'éloigner des villes et passer plusieurs saisons à la campagne.

Mais partout, même à l'hôpital, ainsi que l'ont montré les ingénieux essais de M. Letulle, à Boucicaud, la cure de repos doit être prescrite.

Le repos ne vaut pas seulement par l'air dont il utilise l'action vivifiante et qu'il distribue au mieux dans les divers segments, et jusqu'aux alvéoles les plus profondes, de l'arbre respiratoire. Il vaut encore, il vaut surtout par lui-même — et rien que pour lui, mérite d'être institué quand bien même les autres conditions du traitement, air et alimentation, ne pourraient être réalisées.

A cette question : Où doit se pratiquer la cure de repos ? Nous répondrons donc simplement : Partout.

* * *

Quand faut-il utiliser la cure de repos. — Quand faut-il la pratiquer ? A quel moment l'instituer ? A quel moment, est-on autorisé à l'interrompre ?

Le mieux est de l'instituer de bonne heure. Chez tout tuberculeux qui débute, il y a un affaibli, un fatigué, un surmené, un intoxiqué. La première indication est de le mettre au repos.

Cette indication est de première urgence si le malade est fébricitant. Nous l'avons dit : le seul antithérmiq. souverainement efficace du tuberculeux fébrile, c'est l'air aidé du repos. Lors donc qu'un malade a de la fièvre, et aussi longtemps qu'il en a, il faut lui prescrire le repos absolu. Sous prétexte que la lésion débute, qu'elle est peut-être encore inappréciable, ce serait folie de prétendre l'enrayer, comme on l'a cru et prescrit trop longtemps, par la gymnastique respiratoire, ce dangereux paradoxe, et par la suractivité imposée à la

fonction perturbée. Nous l'avons assez montré dans tout le cours de cette étude : le travail use et fatigue ; le fatigué, le surmené se consume et s'épuise. " C'est une cause d'infection de plus pour lui, écrit M. Sabouraud, pour lui qui est déjà infecté quotidiennement par les poisons de sa fièvre, par les produits de résorption des tissus pulmonaires. Au lieu d'avoir à effectuer le travail d'une seule élimination, son organisme doit fournir à deux maintenant."

La cure de repos doit être prolongée pendant fort longtemps, plusieurs semaines, plusieurs mois, quelquefois même une, deux ou trois années, suivant l'importance et l'étendue de la lésion tuberculeuse, suivant l'état général du malade, suivant la marche de la température, la nutrition générale de l'organisme et mille autres conditions cliniques et biologiques subordonnées à cette cure. Il appartient au médecin, qui dirige cette thérapeutique rationnelle, de l'interrompre quand il juge le malade suffisamment rétabli, suffisamment guéri pour reprendre la vie active. En tout cas, les premières fatigues du malade devront être dosées, et le médecin continuera à exercer une surveillance vigilante pendant les premières sorties pour bien se rendre compte que le progrès acquis est définitif.

Le moyen de régler plus tard et d'une façon générale l'exercice chez le tuberculeux ? Le vrai thermomètre à consulter sur ce point, c'est... le thermomètre. Tout malade subfébrile ou autrement fébricitant, dont la température axillaire dépasse 37° le soir, doit être mis et maintenu au repos.

D'ailleurs, il est plus difficile de doser l'exercice que le repos. Toute hésitation doit être tranchée en faveur de ce dernier. Au contraire de l'exercice, on peut dire du repos qu'on n'en saurait trop mettre... et trop prescrire.

Revue des journaux

MEDECINE

La toux nasale chez les tuberculeux.

par le docteur L. REVILLET.

La toux, d'origine nasale, se rencontre souvent chez les tuberculeux, c'est une incommodité de plus à leur passif.; elle vient s'ajouter à la toux d'origine broncho-pulmonaire.

Elle peut être causée par les malformations du nez (nez adénoïdien, déviation de la cloison), et par toutes les affections chroniques de cet organe (végétations, polypes, rhinite hypertrophique, atrophique, ozène, etc.). On sait la coexistence fréquente de l'ozène et de la tuberculose.

Toutes les maladies chroniques du nez, qui produisent une obstruction des fosses nasales et qui gênent la respiration par le nez, peuvent être, à bon droit, considérées comme prédisposant à la tuberculose, car l'air inspiré arrive directement dans les voies aériennes, en passant par la bouche, sans avoir traversé le nez, qui joue le rôle d'un filtre par rapport aux poussières et aux microbes pathogènes, d'où pénétration plus facile des bacilles de Koch dans l'organisme. On peut objecter que, dans l'ozène, il n'y a pas obstruction du nez ; dans l'ozène, il y a, au contraire, dilatation des cavités nasales par atrophie des cornets, de la pituitaire et de ses replis ; mais le résultat est le même, car l'air inspiré arrive à la trachée sans avoir été filtré ; il traverse trop librement les cavités nasales considérablement agrandies. Pour tous ces motifs, les affections chroniques du nez se rencontrent souvent chez les tuberculeux, et les cas de toux d'origine nasale sont plus fréquents qu'on ne se l'imagine généralement ; cette année-ci, j'ai pu en observer toute une série.

La facilité avec laquelle on peut débarrasser les malades de cette incommodité m'a engagé à publier ce travail.

Ce genre de toux est occasionné par des mucosités sécrétées dans le nez, lesquelles, au lieu de s'échapper par les narines, descendent par les fosses nasales postérieures jusqu'au pharynx et finissent par gagner l'orifice supérieur du larynx et les replis arythéno-épiglottiques, région d'une sensibilité particulièrement développée. Arrivées là ces mucosités déterminent des sensations excessivement pénibles de picotements, de chatouillements, qui produisent des accès de toux. Cette toux est d'autant plus quinteuse et spasmodique que les mucosités sont plus épaisses et plus adhérentes, ce qui est le cas généralement ; le malade s'épuise en efforts pour les expulser. Les quintes se produisant surtout la nuit, il en résulte des insomnies aussi opiniâtres que fatigantes, et souvent des sueurs nocturnes, auxquelles le sujet était déjà prédisposé par le fait de la tuberculose.

La toux nasale, pour peu que l'on soit prévenu de la possibilité de son existence, se diagnostique facilement.

A l'examen du pharynx, on aperçoit la paroi postérieure de cet organe tapissée de muco-pus plus ou moins épais et de coloration blanchâtre, jaunâtre ou jaune verdâtre.

Aux questions qu'on lui pose, le malade répond souvent : " Oh ! moi, je ne me mouche jamais ! Je n'use pas beaucoup de mouchoir de poche." En effet, les sé-

crétions s'écoulent en arrière, et le malade sans s'en douter, se mouche en arrière.

Beaucoup disent qu'ils toussent peu la journée, mais surtout pendant la nuit, et font cette réponse caractéristique : " Dès que j'ai la tête basse, la toux me prend et ne cesse que lorsque j'ai la tête haute." L'influence du décubitus horizontal favorise la congestion passive de la pituitaire et la production des sécrétions.

Enfin il y a souvent une discordance manifeste entre la quantité des crachats et les résultats fournis par l'auscultation. Le malade a rendu pendant la nuit une expectoration très abondante, et l'auscultation ne révèle que quelques râles fins et secs aux sommets, pas de gros râles humides, pas de gargouillements, rien qui puisse expliquer cette quantité considérable de crachats. C'est alors qu'il faut songer à la possibilité de la toux d'origine nasale.

Il est important de diagnostiquer chez les tuberculeux la toux d'origine nasale. On peut s'en rendre maître rapidement. On procure ainsi au malade un soulagement très appréciable et au médecin un succès facile. Bien entendu la toux causée par la tuberculose persiste.

Les éléments du diagnostic peuvent être résumés ainsi :

Toux quinteuse survenant surtout la nuit dans le décubitus horizontal.

Souvent discordance entre la quantité des crachats et l'expectoration.

Nez malade, végétations, polypes, hypertrophie ou atrophie des muqueuses. Ozène.

Parois postérieures du pharynx baignées de mucosus descendant des arrière fosses nasales.

Le traitement consistera en lavage du nez avec de l'eau bouillie additionnée de sel marin, ou d'acide borique ou encore de jus de citron. On peut aussi faire priser au malade un mélange de poudre d'acide borique, menthol, chlorhydrate de cocaïne. Les douches nasales pratiquées avec de l'eau sulfureuse à l'aide de siphon donnent d'excellents résultats. Enfin si les sécrétions persistaient, malgré ces moyens employés, on aurait recours aux cautérisations de la muqueuse nasale avec le galvanocautère.

(Lyon méd.)

CHIRURGIE

La voie xiphoidienne pour aborder le péricarde et le cul-de-sac antérieur de la plèvre.

par M. JABOULAY.

Les épanchements des deux grandes séreuses thoraciques, le péricarde et la plèvre, sont ouverts d'habitude suivant une incision thoracique qui passe à travers le squelette ou entre ses pièces. Cependant il est à la par-

tie supérieure de l'abdomen une voie dépourvue de vaisseaux et d'organes importants qui conduit à volonté dans la partie déclive du péricarde ou la plèvre et permet de drainer, soit une péricardite, soit une pleurésie antérieure enkystée.

Il s'agit de pénétrer par une incision médiane de la partie supérieure de la ligne blanche dans le tissu cellulaire pré-péritonéal, par dessous l'appendice xiphoïde, et de remonter dans le thorax en traversant la couche lamelleuse interposée entre la face postérieure de l'appendice et le péritoine pariétal ; on franchit les insertions antérieures du diaphragme dans leur interstice sternal ou sterno-costal, et l'on est sur la partie inférieure des deux séreuses, cardiaque et pulmonaire : la collection qu'elles peuvent contenir est ouverte avec l'extrémité d'une pince hémostatique, un drain y est placé qui ressort par l'orifice externe.

Cette opération a l'avantage, sur les opérations reportées latéralement, d'être à peu près exsangue ; il n'y a pas d'artère, ni de veine, dans cette région, tandis qu'à côté, dans le muscle grand droit et les espaces intercostaux, l'artère mammaire interne et ses collatérales exigent l'attention. L'intervention par la voie sous-xiphoïdienne est donc plus sûre que les autres : d'autre part, elle permet plus facilement de respecter la plèvre gauche dans une péricardotomie lorsque le péricarde n'est pas distendu par un volumineux épanchement et réciproquement. Enfin, elle a le double avantage d'ouvrir la cavité péricardique ou pleurale antérieure au point déclive, et de ne point exiger la station assise du malade pour l'évacuation complète du contenu.

Cette incision sus-ombilicale médiane n'est pas plus éloignée du péricarde que l'incision par un espace intercostal ; on n'enfoncé pas davantage l'index pour arriver sur l'enveloppe du cœur dans l'un que dans l'autre procédé. Si je compare cette nouvelle intervention à la péricardotomie par le 6^e espace intercostal, que j'ai conseillée après l'avoir pratiquée avec succès (Péricardotomie, *Lyon Médical*, 16 juillet 1899), je trouve à la péricardotomie sous xiphoïdienne l'avantage d'être applicable à toutes les variétés d'épanchements, l'autre ne pouvant être employée sans crainte du pneumothorax que dans les épanchements considérables. Dans cette opération, le seul organe à éviter est le péritoine ; il faudrait une malchance ou une inadvertance impossibles pour l'ouvrir. A partir de la pointe de l'appendice xiphoïde, en effet, on fait une incision de 3 à 4 centimètres ; elle comprend le tégument et la ligne blanche qui s'écarte de suite et laisse sortir entre ses lèvres la graisse sous-péritonéale ; le rôle du bistouri est fini, l'index du chirurgien va continuer la besogne, il entre dans ce tissu cellulaire, remonte derrière l'appendice à son contact et sent les battements du cœur. Alors une pince hémostatique est introduite sur lui pour faire la perforation de cette enveloppe et y conduire le drain de caoutchouc. Rien n'est simple comme de suivre le trajet que nous

venons de parcourir, car la région est facilement décollable et la pathologie le montre souvent. Par exemple, des fusées venant de plegmons sus-hyoïdiens septiques ont pu traverser le cou et le thorax et arriver au-dessous de l'appendice xiphoïde en suivant ce tissu cellulaire rétrosternal ; pour mon compte, j'ai eu à ouvrir et vu s'ouvrir des fusées pareilles dans la région sus-ombilicale médiane, au point précis où je conseille d'inciser pour remonter en sens inverse de ces infections, à la rencontre de la poche à ouvrir.

Il faut donc passer sous le thorax pour bien drainer le péricarde et la plèvre. La fente médiane de l'appendice xiphoïde et son soulèvement de bas en haut, peuvent d'ailleurs être combinés avec les manœuvres précédentes. Mais pour avoir un large accès sur le cœur dans les cas où il est indiqué d'intervenir directement sur lui, on prolongerait cette incision médiane plus haut sur le corps du sternum à travers cet os, dont la moitié inférieure serait ouverte et écartée en deux volets latéraux.

Nous avons eu à suivre cette route sous-xiphoïdienne chez un homme de 58 ans qui avait reçu un violent traumatisme de la région précordiale ; une côte avait été fracturée, la plèvre présentait en arrière les signes d'un épanchement mélangé d'air ; de plus, une poche de liquide voilait en avant les bruits du cœur ; la ponction de la poche postérieure ramena un demi-litre de sérosité mais ne diminua pas la dyspnée ni la collection antérieure qui dut le lendemain être ouverte et drainée par l'opération dont il est ici question ; elle appartenait à la cavité pleurale cloisonnée qui avait refoulé le cœur et son enveloppe, et fait penser à un épanchement péricardique.

Larrey avait bien proposé de passer sous le 7^e cartilage costal pour arriver jusqu'au péricarde, d'après l'observation d'une plaie accidentelle de cette enveloppe ayant suivi ce trajet, mais l'incision qu'il préconise a le tort de couper obliquement le muscle grand droit et la terminaison de l'artère mammaire interne. S'il existait un grand intervalle entre le bord gauche de l'appendice xiphoïde et le rebord costal correspondant, l'incision verticale pourrait être faite dans cet espace et déplacée ainsi par rapport à la ligne médiane, le reste des manœuvres restant tel que nous l'avons décrit. Quant aux autres procédés de péricardotomie, ils passent tous par la face antérieure du thorax, par conséquent loin de la voie que nous conseillons.

(*Lyon médical*)

Faut-il ouvrir les abcès amygdaliens.

“ En présence d'un abcès de l'amygdale, dit le Dr Marfan, dans une récente leçon clinique, la première tentative qu'on ait, pour soulager le patient, c'est d'ouvrir immédiatement son abcès : on se dit qu'une fois ouvert, il guérira de suite.

Cependant il serait mauvais de céder à ce raisonnement et il faut savoir qu'on ne doit pas intervenir chirurgicalement. Je ne connais pas d'échec amené par l'abstention, tandis que j'en connais, au contraire, un grand nombre survenus après une ouverture au bistouri, qui se serait très bien évacué spontanément par un crypte de l'amygdale.

Ainsi, n'intervenez pas. Je vous le recommande avec autant d'instance que l'on en met à montrer l'urgence d'une opération dans le cas d'abcès rétro-pharyngien. L'abcès rétro-pharyngien n'a aucune tendance à s'ouvrir : ouvrez-le donc au plus tôt ; laissez, au contraire, le phlegmon amygdalien s'ouvrir tout seul ; c'est sa terminaison naturelle ; il y arrive aisément, tandis que vous aurez mille difficultés à le rechercher avec votre bistouri.

Dans ces conditions, le traitement se borne à recommander le repos, à conseiller des gargarismes, à donner quelques doses de sulfate de quinine ou d'antipyrine. Le jour où l'abcès s'évacuera, le trismus disparaîtra et les gargarismes achèveront la guérison.

Conclusion : ne pas ouvrir un phlegmon amygdalien est la meilleure pratique.

(*J. de méd. Paris — Gaz. méd. belge*)

OBSTÉTRIQUE

Traitement de l'hémorrhagie post-puerpérale.

Richard Richardson emploie avec succès l'alun de fer en cristaux de la grosseur d'une noisette qu'il introduit avec le doigt jusqu'au-dessus de l'orifice interne et qu'il maintient dans cette position. Sous l'influence de ce corps, l'utérus se contracte tout d'un coup, il se forme un caillot solide et l'hémorrhagie cesse. Outre son action hémostatique, l'alun de fer jouit de propriétés antiseptiques, à ce point que l'auteur a retiré des caillots au bout de quatre à cinq jours, sans que ceux-ci aient manifesté la moindre décomposition.

Avant d'introduire les cristaux d'alun de fer, il faut tout d'abord enlever de l'utérus les caillots ou les portions de placenta qu'il peut contenir.

Si l'on examine comparativement les différents moyens hémostatiques employés d'habitude, tels que : tampon, compression, friction, galvanisme ou électricité, glace, injection d'eau chaude ou froide, application d'eau froide à la vulve, douche froide sur l'abdomen, compression de l'aorte, injection de perchlorure de fer, on voit que certains demandent un appareil spécial que l'on ne trouve pas toujours sous la main, et qu'en outre ils demandent un certain temps pour leur emploi. De plus, il est toujours dangereux d'injecter un liquide styptique au niveau des orifices béants des vaisseaux utérins ; de même des applications froides peuvent être dangereuses, le corps étant toujours trop froid.

L'alun de fer, au contraire, ne demande pas d'appareil spécial et on l'a sous la main tout prêt à être employé : il provoquera la contraction immédiate de l'utérus ce qui est le but et l'objet principal du traitement. Il n'est pas toujours nécessaire de l'introduire dans l'utérus, on peut se borner à le faire pénétrer dans le vagin jusqu'à l'orifice du col et le laisser en place.

L'auteur a constaté que les cristaux faits avec l'ammoniaque étaient préférables à ceux préparés avec la potasse.

Le mode d'application est très simple : il suffit d'attacher les cristaux dans un morceau de mousseline ; on laisse pendre l'extrémité des fils en dehors, afin d'avoir toute facilité pour les retirer le lendemain. Il sera bon de ne pas faire d'exploration digitale aussitôt après l'application des cristaux, car la contraction des tissus causerait inévitablement une grande douleur à la patiente. Il sera préférable d'attendre un ou deux jours et de ne procéder au toucher qu'après avoir fait une injection d'eau chaude destinée à enlever les caillots.

L'alun de fer peut s'employer également et avec autant de succès dans d'autres cas. L'auteur l'a appliqué dans quatre cas de cancer utérin où l'hémorrhagie était abondante et a obtenu un arrêt immédiat du sang. De plus, son action antiseptique a été très appréciée des malades.

La leucorrhée est également combattue avantageusement avec cet agent.

(*J. de méd. de Paris.*)

BIBLIOPHIE

TYPHOID FEVER by S. E. Earp. Extrait de "The Medical and Surgical Monitor."

F. CADOT. — Les maladies qu'on soigne à Berek. Volume de 450 pages publié chez Masson, à Paris. Ce petit ouvrage, excellent à plus d'un point de vue, donnera au praticien des indications fort intéressantes et même précises sur les lésions tuberculeuses susceptibles d'un traitement, et parfois d'une guérison, par un séjour au bord de la mer. Nous ne saurions trop insister sur les bienfaits que l'on peut retirer de l'air de la mer ; et cela dans notre province. Le bas du fleuve Saint Laurent présente l'idéal, pourrions-nous dire, pour le traitement des tuberculoses localisées, sous toutes leurs formes. Malheureusement nos médecins ne songent pas assez fréquemment à ces précieuses ressources que notre beau pays nous offre. En lisant ce petit volume, nos lecteurs seront frappés des résultats obtenus par l'auteur et de ceux que nous pourrions avoir dans les mêmes conditions et même dans de meilleures. Avant de jouer du couteau, pensons donc, dans les tuberculoses locales, aux bienfaits du traitement maritime.

Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

Les selles des enfants, par Chapin, in *Jour. Med. Asso.* — La selle normale du bébé est douce, jaune, homogène et a la consistance de bouillie claire. 1° *Selle verte.* — Considérée comme telle lorsque cette coloration se remarque lors de l'évacuation. Due à une fermentation, résultat, sans doute, d'une action bactérienne. Toutes les selles, quelque temps après leur évacuation, deviennent vertes par l'oxidation à l'air.

2° *Selle avec caillots, caille-bottée.* — Les caillots peuvent être formés de caséine non digérée ou de graisse ; dans le premier cas ils sont durs et jaunâtres ; dans le second, ils sont mous et onctueux, comme du beurre.

3° *Selle limoneuse, visqueuse.* — Résultat d'une inflammation catarrhale. Lorsque le mucus est mélangé avec les matières fécales, l'irritation est haut placée dans l'intestin ; quand le mucus est passé sous forme de flocons ou en amas, le désordre est plus près de l'anus.

4° *Selle aqueuse jaune.* — Ces selles coïncident avec la dépression nerveuse et se voient dans les grandes chaleurs de l'été, lorsque l'intestin est relâché, atonique, et que l'influx nerveux fait défaut.

5° *Selle très fétide.* — Due à la décomposition des substances albuminoïdes de la nourriture.

6° *Selle aqueuse profuse, incolore.* — Avec peu de fécès, elle est sans doute due à un germe voisin de celui du choléra asiatique. C'est le choléra infantum.

Il n'y a guère que cette dernière forme qui se voit seule ; ordinairement ces variétés sont mélangées.

Comme note, nous pourrions ajouter, au sujet de la *selle verte*, les remarques suivantes :

1° *Diarrhée verte bilieuse.* — Pendant les premiers mois. Selle acide, peu abondante — vert-foncé. L'acide nitrique donne la réaction de la bile : coloration rosée, violette, bleuâtre. Pas d'amaigrissement, ni fièvre. Cause — hypersécrétion de bile. Traitement : rien.

2° *D. bilieuse avec vice d'alimentation.* — Acide, surtout foncée ; vomissement, légère fièvre. Cause — mauvaise alimentation. Traitement hygiénique.

3° *D. bilieuse avec infection.* — Vers deux mois ; selle alcaline ; fièvre 39°, 40° ; adynamie ; peau bistrée. Cause — infection intestinale par un microbe dont la sécrétion provoque une polycholie alcaline. Thérapeuti-

que est impuissante ; mort généralement dans trois ou quatre jours.

4° *D. verte bacillaire.* — Souvent épidémique. Après deux mois. Coloration due à un pigment vert d'origine bacillaire et non à la bile, car l'acide nitrique ne donne rien. Selle neutre ou légèrement alcaline. Traitement — Acide, lactique, après avoir débarrassé l'intestin par le calomel et l'entéroclyse. Diète — éviter grumeaux du lait ; eau de riz, eau albumineuse.

Les lésions tuberculeuses au point de vue clinique. — Le docteur Owen (*British Med. Jour.*) dit que l'inflammation chronique d'une articulation chez un enfant ou chez un adolescent est toujours de nature tuberculeuse, si ce n'est dans ces cas rares où elle est d'origine syphilitique (héréditaire) ou une ostéo-arthrite. L'inflammation tuberculeuse peut détruire entièrement une jointure et produire une ankylose, sans que les tissus ambiants ou la peau soient lésés. Le tissu granuleux tuberculeux produit-il une fonte, le liquide n'en est pas du pus ; il n'y a pas d'abcès, à vrai dire, à moins que par une faute chirurgicale, ou par accident, le foyer ne s'infecte de germes septiques. Ce foyer ne doit donc pas être traité comme un abcès — c'est-à-dire que l'on ne doit pas seulement ouvrir et drainer de telles lésions, mais il faut, de plus, les bien vider, les débarrasser de tout leur contenu et curetter soigneusement l'enveloppe. Il faut fermer l'incision avec des points de suture, faire une compression uniforme et mettre la partie au repos absolu. Il rejette l'iodoforme comme désagréable et inutile.

Diphthérie et pétrole. — D'après les expériences de Papisotirin, le pétrole n'aurait aucun effet sur le bacille de la diphthérie.

Chlorose et dilatation de l'estomac. — Rostoski combat l'opinion de Meinert et d'autres que l'estomac est toujours dilaté dans la chlorose. Le corset serait plus en faute. Il dit que la gastroptose n'est pas non plus cause de chlorose. (*Mun. med. Wochen.*)

L'asthme. — Kingscote dit que pour guérir cette affection il faut se débarrasser de trois facteurs constants — la dilatation cardiaque, l'emphysème et la congestion chronique du foie. (*B. M. J.*)

L'anesthésie lombaire. — Nous extrayons les remarques suivantes d'un article éditorial du journal de l'American Medical Association. La ponction simple a déjà donné, suivant Gumprecht, 17 morts ; Pitesti, sur 125 cas, aurait vu la vie sérieusement en danger 3 fois ; Tuf-

fier contreindique la méthode chez les enfants et chez les sujets hystériques. Cette anesthésie présente donc des dangers et celui qui l'emploie doit s'entourer de précautions.

Le Temple de la Renommée aux Etats-Unis.— Jus- qu'à présent aucun médecin n'a été trouvé digne de figurer dans ce cénacle de la gloire. On critiquerait même les élus.

L'extrait de capsule surrénale dans les maladies du cœur.— Førsheim trouve que la capsule surrénale produit un effet rapide sur le cœur ; dans la dilatation il diminue l'étendue de la matité ; les bruits deviennent plus nets et la pulsation plus rythmée. Il a employé des cachets de 5 grains qu'il fait mâcher au patient. (*N. Y. Med. Journ.*)

L'anémie lymphatique des enfants par A MacGregor. L'auteur attire l'attention sur une forme spéciale d'anémie qui ne se présente que chez les enfants. Il la décrit ainsi : Se voit de trois à seize ans ; plus souvent chez les garçons. La marche en est chronique et la guérison la règle. Il existe une adénite caractéristique : les glandes sont petites et dures, nombreuses au cou et aux aïnes ; elles ne deviennent jamais tuberculeuses ; les glandes mésentériques peuvent être envahies, mais les symptômes abdominaux sont rares. La rate est souvent hypertrophiée. Il y a toujours leucocytose, portant sur les mononucléaires : ils peuvent fournir 40 p. c. au lieu de 8 p. c., l'état normal. L'histoire de la famille est généralement négative. La santé décroît graduellement avec amaigrissement et perte des forces. La toux est fréquente, s'aggravant le soir. L'arsenic, le fer et l'huile de foie de morue forment la base du traitement, mais les petits malades ne se relèvent que lentement. (*Lancet*).

L'incontinence nocturne d'urine.— Hersmann (*Med. Woch.*) préconise le massage par le rectum, pendant une couple de minutes, avec l'index. Ses résultats ont été très bons. Il croit que la maladie est due à un manque dans la coordination nerveuse du sphincter de la vessie-désordre qui cède au massage, avec guérison permanente.

Le troisième Congrès médical pan-américain.— Ce Congrès se tiendra à la Havane, du 26 au 29 décembre prochain, sous la présidence du docteur Juan Santos Fernandez, le secrétaire étant le docteur Tomas Coronado. Il sera question, au long, des maladies infectieuses et tropicales.

Traitement de l'angine de poitrine.—T. Schott donne la préférence, pendant l'attaque, aux nitrites, la nitroglycérine étant plus efficace que le nitrite d'amyle. Comme adjuvant, les frictions à la région précordiale, de même que les sinapismes et la chaleur sont utiles ; avec un sac spécial, en caoutchouc, il porte la température de 140° à 170°. Si ces moyens font défaut, il faut recourir aux narcotiques, dont le meilleur est la morphine, en une seule dose, hypodermiquement. Parmi les iodures, la préférence sera donnée à l'iodure de sodium, car l'iodure de potassium fatigue le cœur. Les iodures s'emploient aussi en dehors de la crise. La digitale n'est pas certaine dans ses effets. Dans certains cas, les bains et la gymnastique tels qu'employés à Nauheim, auraient donné de bons résultats. (*The Lancet*).

La prévention des lésions valvulaires du cœur dans le rhumatisme articulaire, par le docteur Caton (*B. M. J.*)

—1° Arrêter le rhumatisme dans sa marche, le plus rapidement possible ; empêcher son aggravation déterminée par le frisson. Le patient doit être tenu enveloppé dans du linge et au repos au lit. 2° Les salicylates seront donnés à pleine dose, combinés aux alcalins s'il y a lieu. 3° Pendant longtemps la diète sera restreinte aux farinacés ; aucune viande rouge. Le patient sera tenu au lit longtemps après que la douleur et la fièvre sont disparues, et les salicylates seront administrés encore pendant deux ou trois semaines. Lorsque le cœur est envahi, le malade sera tenu au repos complet ; on appliquera des petites mouches de cantharides, de la grandeur d'un vingt-cinq cents, vis-à-vis les quatre premiers nerfs dorsaux intercostaux — sur la partie supérieure de la poitrine, entre la clavicule et le mamelon de chaque côté. La résorption de l'exsudat s'obtient par l'usage de l'iodure de sodium ou des mercuriaux. Par ce traitement les résultats ont été bien satisfaisants. (*N. Y. M. J.*)

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début.

(Soc. Méd. des hôp.)

Rien n'est plus difficile que le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début ; et nul diagnostic n'est plus urgent. A une période où le bacille de Koch ne peut être

décélé, les signes cliniques peuvent seuls être interrogés et c'est à les perfectionner ou à en augmenter le nombre qu'on s'applique chaque jour. M. Grancher a groupé les principaux. M. Fernet exposait l'an dernier sa triade stéthoscopique (lésion du sommet entraînant l'adénopathie trachéo-bronchique, celle-ci déterminant à son tour la congestion de la base). Enfin, MM. Hirtz et Brouardel montraient récemment l'utilité des tracés pneumographiques en pareil cas. A son tour, M. Boix étudie "l'amyotrophie scapulo-thoracique précoce" et la considère comme un signe révélateur ou confirmatif de la tuberculose pulmonaire au début.

Cette atrophie plus ou moins prononcée, plus ou moins généralisée, est bien connue aux périodes avancées ou simplement confirmées de la tuberculose.

Elle est moins connue au début même de l'invasion bacillaire, où elle se montre assez souvent comme symptôme *précoce*, mais *précoce* ne veut pas dire *primitif*.

L'atrophie musculaire n'est jamais le premier signe de la tuberculisation d'un sommet du poumon. Mais, se montrant de bonne heure, alors que la percussion et l'auscultation ne décèlent que des modifications respiratoires sans signes adventices, elle peut être le signe révélateur qui attire l'attention sur un sommet que rien ne pouvait, au premier abord, faire soupçonner tuberculeux ; elle peut aussi s'ajouter à des signes stéthoscopiques vagues ou difficiles à interpréter, en particulier chez des femmes nerveuses dont les sommets respirent mal ou présentent des saccades inspiratoires, confirmer l'idée d'une tuberculose commençante, mieux établie sur un faisceau de signes, ou apporter un élément nouveau à un diagnostic encore hésitant.

L'atrophie plus ou moins généralisée à l'ensemble de la calotte musculaire, dans les cas de tuberculose avancée, est, au contraire, au début, partielle, frappant tel ou tel groupe ; c'est tantôt le creux sus-claviculaire qui est plus ou moins en retrait sur le côté symétrique, tantôt la loge sus-épineuse qui est moins pleine que l'autre. Cela s'apprécie à la vue sous diverses incidences et aussi au toucher, qui permet de se rendre compte du volume, de la consistance, de l'élasticité des muscles palpés.

Normalement, la calotte musculaire qui coiffe le sommet gauche est un peu moins forte que celle de droite ; il faudra tenir compte de cela dans la comparaison entre les deux côtés ; de même, il convient de s'enquérir si le sujet pas n'est gaucher.

La pathogénie de cette atrophie est sans doute analogue à celle des amyotrophies arthropathiques ; l'altération des filets nerveux de la plèvre retentit sur la moelle, soit par action réflexe, soit par dégénérescence rétrograde, soit par réaction à distance.

(Gaz. des hôp.)

Les battements dans les cavités buccale et pharyngée au cours de l'insuffisance aortique.

Ces phénomènes déjà indiqués en 1889, par Müller, ont été étudiés par Merklen, Huchard, Litten, A. Petit, Gerhart. Sur 40 cas d'insuffisance aortique pure ou compliquée étudiés à ce point de vue par l'auteur, le phénomène n'existait que dans un tout petit nombre de cas. Pour sa réalisation, il faut, plusieurs conditions ; le malade doit respirer tranquillement, la bouche ouverte ; il faut pour cela qu'il ne soit pas dyspnéique et qu'il n'y ait pas de contractions musculaires dues à la pression de l'abaisse-langue. On ne le voit que dans les cas graves où il y a des pulsations généralisées dans les artères.

On peut voir des mouvements communiqués aux amygdales, aux piliers, à la base de la langue ; il n'y a pas dans ces cas d'augmentation du volume des parties molles ; c'est le *pouls de l'amygdale* de Huchard.

Plus rarement il y a un gonflement rythmique des parties molles. La langue s'épaissit d'une manière synchrone à la pulsation carotidienne ; les piliers sont portés en avant, la luette se gonfle et se rapproche de la langue, qui est soulevée. La paroi postérieure du pharynx même est poussée en avant. Muller a vu la rougeur de ces parties augmenter. C'est le phénomène parallèle au pouls capillaire. Si le phénomène est très accentué, il y a, comme dit l'auteur, un rétrécissement rythmique de la bouche et du pharynx. On peut le démontrer en mettant une feuille de papier devant la bouche du malade ou en mettant une plume devant le nez, la bouche étant fermée et la respiration retenue. Dans un cas de lésion athéromateuse plus accentuée d'un côté l'auteur a vu une pulsation unilatérale.

(Wiener Klin. Woch.— Ind. méd.)

CHIRURGIE

L'application prolongée des compresses d'éther pour la réduction des hernies étranglées.

par M. FIESSINGER.

Dans la première note, M. Fiessinger insiste sur les effets vraiment surprenants de ces applications de compresses d'éther ; suivant lui, on arriverait presque toujours au résultat cherché par ce moyen en y mettant le temps et la patience nécessaires. On est tenté de s'étonner qu'un moyen si simple ait si longtemps échappé à l'attention des praticiens. L'expérience est d'ailleurs facile à vérifier, bien que depuis qu'on fait tant de cures radicales des hernies on voit beaucoup moins de cas d'étranglements.

(Gaz. des hôp.)

L'eau oxygénée dans les fistules pleurales.

M. Stouffs rapportait récemment, à la Société médico-chirurgicale de Brabant, l'observation d'une malade de dix-huit ans, atteinte depuis plusieurs mois d'une pleurésie purulente avec fistules.

La malade étant dans un état de cachexie profonde, M. Stouffs jugea prudent, avant d'intervenir chirurgicalement, d'essayer de modifier l'état local et de relever l'état général.

C'est alors qu'il eut l'idée de faire des lavages à l'eau oxygénée.

Sous l'influence de ce traitement, d'abord institué matin et soir, puis seulement une fois par jour, la suppuration diminua pour devenir insignifiante au bout d'une dizaine de jours. L'état général se modifia également d'une façon très rapide et la malade guérit.

M. Stouffs pense que, " pour employer l'eau oxygénée en injection dans les cavités et surtout dans la plèvre, il faut toujours être assuré de son retour, sans quoi le développement brusque de l'oxygène peut amener une tension très forte de la cavité, une douleur très vive, des accidents."

(Gaz. des hôp.)

La sécrétion prostatique dans le cas de prostatite chronique.

(Soc. méd. int. Berlin.)

M. Lohnstein rappelle que d'après M. Fürbringer la réaction normale de la sécrétion de la prostate est acide. D'après quelques auteurs, le liquide prostatique acquiert au contraire, chez les sujets atteints de prostatite chronique, une réaction neutre ou alcaline, par suite du pus qu'y s'y mélange; la mort des spermatozoïdes serait la conséquence de cette modification.

Pour vérifier cette assertion, M. Lohnstein a pratiqué chez 80 malades affectés de prostatite chronique 542 examens de la sécrétion de la prostate.

Il a constaté que la réaction était acide 404 fois, soit dans 75 p. 100 des cas, neutre 30 fois, soit dans 5 p. 100 des cas, et alcaline 108 fois, c'est à dire dans 20 p. 100 des cas. Le liquide sur lequel il a expérimenté était obtenu par le massage, et chez tous il s'agissait bien d'une sécrétion altérée pathologiquement. D'autre part, cette sécrétion ne s'est pas montrée identique lors des différents examens pratiqués chez le même individu. C'est ainsi que, chez 5 malades, elle fut alternativement acide et neutre, chez 8 autres tantôt acide, tantôt neutre et tantôt alcaline, et enfin, chez 15, parfois acide et parfois alcaline.

D'autre part, la proportion de spermatozoïdes mobiles fut à peu près constante, que le liquide prostatique fût acide ou alcalin. On peut donc en conclure que la faculté génératrice des sujets atteints de prostatite chro-

nique n'est pas aussi compromise qu'on le croit généralement.

D'après Fürbringer, la sécrétion du testicule et des vésicules séminales devient facilement alcaline; par conséquent, la réaction de la sécrétion de la prostate, quand elle contient du liquide spermatique, devrait être moins acide ou plus fortement alcaline qu'elle ne l'est chez le même individu en temps ordinaire; M. Lohnstein n'a constaté ce caractère que dans un nombre restreint de faits. Il faut donc admettre ou bien que dans les cas de prostatite chronique la sécrétion des testicules et des vésicules séminales retenue dans la prostate subit une décomposition acide, ou bien, ce qui est plus probable, qu'il s'établit sous l'influence irritante de la sécrétion testiculaire et vésiculaire une exagération de l'action de la prostate, qui neutralise l'influence alcaline de la sécrétion des testicules et des vésicules.

En résumé, on peut dire que la réaction de la sécrétion de la prostate dans les cas de prostatite chronique est généralement acide; que la teneur en pus de cette sécrétion n'exerce pas une influence bien nette sur son acidité; que la réaction de la sécrétion prostatique n'a pas d'action sur la vitalité des spermatozoïdes et, enfin, que la rétention de la sécrétion testiculaire semble exagérer l'action sécrétoire de la prostate.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

THERAPEUTIQUE

Traitement des anémies.

par le Dr SENATOR.

Le fer échoue s'il y a des troubles digestifs; sont alors indiqués l'acide chlorhydrique, les eaux alcalines, alcalino-chlorurées en faisant prendre chaudes les premières gorgées. Contre l'anémie en général, eaux ferrugineuses salines, eau ferrugineuse artificielle au pyrophosphate de fer. Les ferrugineux à acides organiques sont les mieux supportés. Si les troubles nerveux sont très marqués, prescrire la teinture éthérée de perchlorure de fer (teinture de Bestucheff); s'il y a du catarrhe gastrique, chlorhydrate de fer ammoniacal. La saignée peut être utile comme sudorifique, effet que l'on peut obtenir par l'étuve sèche. Dans l'anémie pernicieuse que caractérisent les mégalo blasts et les mégalo cytes avec leur mobilité manifeste, sont utiles: arsenic, quinine, moelle osseuse, oxygène. — La maladie des hauteurs est une anémie essentielle, caractérisée par des palpitations, de l'angoisse, de l'étouffement, des vomissements, de la syncope, des hémorragies. Le traitement en est la descente dans la plaine, l'inhalation d'oxygène.

(Berl. klin. Wochens. — Lyon méd. — Gaz. méd. belge)

L'urotropine dans les urethrites posterieures.

Gerald Dalton, de Londres, dit dans le "Therapist" Des nombreux médicaments nouveaux qu'on nous apporte de temps en temps, et dont beaucoup malheureusement sont peu utiles, l'urotropine, comme antiseptique des voies urinaire, paraît être de grande utilité. Nicolaïer, Kelly et Wilcox ont tous rapporté les avantages qu'ils ont eus en l'employant dans le traitement des cystites comme dissolvant de l'acide urique.

Pendant il serait intéressant de rapporter les résultats obtenus par ce médicament dans le traitement de l'écoulement causé par l'urétrite postérieure.

Entre autres cas, il rapporte le suivant : " A. B... âgé de 28 ans, a eu une blennorrhagie, il y a quatre mois. Depuis ce temps un écoulement persiste.

Cet écoulement a été traité par les injections de zinc et de permanganate de potasse ; le patient prenait à l'intérieur de l'huile de santal. Il est sous mes soins depuis huit semaines. On lui donna d'abord des irrigations au calomel, à l'acide carbolique ; plus tard on lui donna des instillations de protargol (1% à 5%), avec de l'huile de santal à l'intérieur. Les lésions s'étaient beaucoup améliorées, restèrent à un état stationnaire, et pendant quinze jours il n'y eut pas grand changement. On donna alors l'urotropine à la dose de 7 grains, trois fois par jour ; le quatrième jour l'urine était à peine nuageuse ; il ne restait que quelques gouttes d'écoulement, qui disparut entièrement au bout de dix jours."

RHEAUME.

OBSTETRIQUE**L'hystérectomie abdominale totale dans les cas de dystocie par fibromes utérins.**

par M. le professeur G. EUSTACHE, (Lille).

La conduite à tenir dans les cas relativement assez nombreux de grossesses survenant dans les utérus fibromateux est assez imprécise et diversement tracée par les auteurs et les praticiens qui s'en sont occupés. C'est qu'en effet la question est complexe et qu'il est difficile, étant donnée la variabilité des cas, d'édictor des principes généraux applicables à tous.

Quoi qu'il en soit, voici ceux qui m'ont guidé dans ma pratique déjà longue, que je sou mets et recommande à mes confrères.

Deux cas peuvent être envisagés : ou la grossesse est en cours ou elle est à terme.

1er CAS. — Pendant l'évolution de la grossesse dans un utérus atteint de fibromyomes, quels que soient le siège et l'étendue de la dégénérescence, je m'abstiens systématiquement d'intervenir, considérant que les deux états peuvent parfaitement évoluer ensemble et permet-

tre l'arrivée de la grossesse à terme, avec conservation d'un fœtus vivant et viable après délivrance.

Que si, pendant le cours de la grossesse, il survient des accidents graves menaçant la vie de la mère à bref délai, tels que obstruction intestinale, hémorrhagie abondante, vomissements incoercibles et phénomènes d'infection par rupture de l'œuf, accidents rares du reste, il y a lieu de se résoudre à l'ablation de l'organe par la laparotomie. L'intervention est alors motivée par l'accident lui-même et non point par la lésion.

2e CAS. — Le travail débute soit avant terme, soit le plus souvent à terme.

L'expectation s'impose tout d'abord, afin d'apprécier les ressources de la nature suivant tel ou tel cas.

Si le fibrome est *extra pelvien*, l'accouchement aura lieu et il n'y a pas pour l'accoucheur matière à intervenir : plus tard, le cas ressortira de la chirurgie proprement dite.

Lorsque le fibrome est *pelvien, previa*, il pourra s'assouplir, se ramolir, se laminer, remonter, et nous rentrons dans le cas précédent. Les faits de ce genre sont loin d'être rares et un grand nombre d'entre nous pourrait en citer des exemples.

Dans certain cas où la lésion fibromateuse est limitée au col, ou tout au moins à la partie inférieure de l'utérus et fait une saillie considérable avec engagement dans le vagin, le *myomectomie vaginale* sera indiquée pendant le travail. J'ai eu un cas de ce genre avec succès pour la mère et pour l'enfant, suivi plus tard d'une nouvelle grossesse avec terminaison facile et spontanée.

Mais l'expectation sera loin d'être indéfinie. Elle cessera dès que l'état de la mère s'altère et que la fièvre se déclare, faisant craindre un commencement d'infection. Attendre davantage serait courir au devant du danger certain en comptant sur terminaison spontanée problématique. L'intervention immédiate s'impose. Celle-ci ne saurait être que chirurgicale, et l'accoucheur doit opérer aussitôt.

Tenter la myomectomie abdominale pendant le travail m'a toujours semblé irrationnel et dangereux. Il ne reste, disent les livres d'accouchements que l'opération césarienne conservatrice et l'opération de Porro. Dans l'état actuel de la science, il y a lieu d'en adjoindre une troisième, c'est l'hystérectomie abdominale totale. Pour les cas de dystocie par fibromes utérins, cette dernière doit prendre le pas sur les précédentes : elle doit rentrer dans la catégorie des opérations obstétricales.

L'hystérectomie abdominale totale, parfaitement réglée dans sa technique, donne des résultats excellents, si je m'en rapporte aux faits publiés dans ces dernières années, faits auxquels je viens ajouter l'observation suivante qui est à ma connaissance la dernière en date.

(à suivre)

Le travail normal et l'emploi du forceps.

Le Dr Austin Flint, de New-York, dans un article sur le travail normal et l'emploi du forceps, (paru dans le *N.-Y. Med. J.* du 27 octobre 1900) insiste sur l'importance qu'il y a de faire un examen complet de la femme enceinte, et un diagnostic positif de la présentation, au moins un mois avant la date présumée de l'accouchement. Cet examen fournirait de précieux renseignements, à temps, pour permettre de provoquer l'accouchement s'il y avait lieu, ou d'obvier à toute cause de dystocie. Il ne faut pas multiplier inutilement les examens ; il faut les faire avec les plus grandes précautions. L'accouchement devrait être considéré comme une opération chirurgicale, digne de tous les égards de l'asepsie et de l'antisepsie.

Il recommande une toilette minutieuse des organes génitaux et des cuisses, avant de faire un toucher. Il cite Léopold et s'appuie sur l'autorité de ce dernier pour déconseiller les injections ante-partum.

Il recommande l'emploi plus général de l'anesthésie en pratique courante. L'éther serait préférable au chloroforme.

Il ne préconise pas encore l'anesthésie médullaire, mais il ajoute que si cette méthode donne tout ce qu'elle semble promettre, on sera bientôt en possession d'une *anesthésie idéale*.

Le forceps devrait être employé beaucoup plus souvent, surtout au détroit inférieur. On abrège ainsi, la durée de l'accouchement et par le fait même, les souffrances de la parturiente, souvent même, par ce moyen on conserve intact le plancher périnéal.

Les relevailles se font sans température quand il n'y a pas de lacérations de la filière génitale. Aussitôt après la délivrance, il faut rechercher avec soin les moindres déchirures ou lacérations et les réparer immédiatement. Par ce moyen on assure une convalescence heureuse, et on place l'accouchée dans les meilleures conditions pour une involution rapide de l'utérus et du vagin. Mais il faut toujours mieux faire en sorte d'éviter ces lésions, et ne pas trop compter sur les réparations immédiates ; avec les précautions voulues on réussit à guider la tête et les épaules, de telle sorte, qu'on peut réduire les lacérations à leur minimum.

DEROME.

INTERETS PROFESSIONNELS

Convention médicale du district du lac Saint-Jean et de Chicoutimi.

Nous sommes heureux de publier aujourd'hui le rapport de la première Convention du district du lac Saint-Jean et de Chicoutimi. Nous félicitons vivement nos confrères de leur zèle ; nous endossons leurs excel-

lentes résolutions, et nous serions des plus heureux de voir ce bon mouvement et cette bonne entente naître et persister dans tous les districts de la province.

Nos sincères vœux de prospérité.

Les médecins des régions du lac Saint-Jean et de Chicoutimi et Saguenay se sont réunis en convention générale, du dimanche, le 11 de novembre 1900, à Chicoutimi.

Le but de cette réunion était de resserrer davantage les liens d'amitié qui devraient toujours unir les membres d'une même profession, et de tirer le meilleur profit possible de cette amitié, tant pour les médecins eux-mêmes que pour leurs patients.

A cette convention sont présents : Messieurs les docteurs L. E. Beauchamp, de Chicoutimi ; J. A. Poliquin, de Saint-Félicien ; T. Myrand, de Saint-Alphonse ; Edmond Savard, de Chicoutimi ; François Plourde, de Saint-Jérôme ; E. S. Fluhman, de Roberval ; E. A. Claveau, de Sainte-Anne ; H. Tousignant, de Saint-Joseph d'Alma ; D. Warren et A. Riverin, de Chicoutimi.

Lu un télégramme du Dr Constantin, de Roberval, nous disant qu'il n'a pu venir à la convention, vu qu'il a manqué le train à Roberval.

Proposé par le Dr Edmond Savard, secondé par Dr Frs Plourde que le Dr L. E. Beauchamp soit élu président. Adopté unanimement.

Proposé par Dr T. Myrand, secondé par Dr E. A. Claveau, que le Dr Poliquin soit élu vice-président. Adopté unanimement.

Proposé par Dr E. Savard, secondé par Dr F. Plourde, que le Dr A. Riverin soit élu secrétaire. Adopté unanimement.

Lu les lettres des autres médecins, A. Talbot, de Hébertville, T. Nesbitt, de Chambord et J. Côté, de Tadoussac, qui n'ont pu se rendre à la convention.

Proposé par Dr Warren, secondé par Dr T. Myrand que le Dr J. Constantin soit élu secrétaire-correspondant pour la région du Lac Saint-Jean. Adopté unanimement.

Proposé par les Drs Edmond Savard et Poliquin, secondé par les Drs F. Plourde et E. A. Claveau, que les médecins du district de Chicoutimi et du Lac Saint-Jean réunis en convention générale à Chicoutimi, le 11 novembre 1900, regrettent :

1° Qu'un trop grand nombre de médecins non licenciés et de charlatants aient leur coudés franches pour la pratique illégale de la médecine dans notre district, et ce au détriment des médecins porteurs de la licence provinciale.

2° Que la loi du C, M. et C., P. Q. paraisse si inefficace ou appliquée trop mollement dans bien des cas, soit par faveur ou autrement.

En conséquence il est résolu unanimement :

1° Que tous les médecins de la convention désirent que la loi soit appliquée avec toute la rigueur possible dans tous les cas de pratique illégale de la médecine.

2° Que si la loi actuelle n'est pas suffisante, le C. M.

et C., P. Q. doit travailler et travaille de toutes ces forces à l'amender.

3° Que le Dr J. Constantin soit chargé de transmettre cette résolution au C. M. et C., P. Q., l'assurant de l'entier dévouement des médecins de la convention et de leur influence auprès des députés de la Législature, afin d'obtenir la modification de la loi actuelle, s'il y a lieu.

4° Que cette résolution soit envoyée à l'Union Médicale et à La Revue Médicale, de Montréal, et au Bulletin Médical, de Québec, avec prière de publier.

Proposé par le Dr D. Warren, secondé par le Dr Fluhman, et adopté unanimement, qu'à l'avenir tous les médecins présents s'engagent sur l'honneur, à ne faire aucun accouchement ordinaire pour moins de trois piastres, un tel accouchement n'occasionnant pas une perte de temps de plus de six heures. Un supplément de vingt-cinq cents, sera exigé en sus pour chaque heure subséquente de détention, et pour application de forceps cinquante cents en montant.

Pour hémorrhagie, cinquante cents en montant.

Pour adhérence du placenta, cinquante cents en montant.

Pour accouchement gémellaire, quatre piastres.

Proposé par le Dr Savard, secondé par le Dr Riverin et approuvé unanimement, qu'à l'avenir aucun médecin ne délivre de certificats pour boisson, les dimanches et les jours de fête.

Proposé par le Dr Savard, secondé par le Dr T. Myrand, que la prochaine réunion ait lieu à Roberval, dans les derniers jours de juin, adopté unanimement.

Proposé par le Dr Savard, secondé par le Dr Riverin que les dépenses de cette première assemblée soit payés par les médecins de Chicoutimi. Adopté unanimement.

Proposé par le Dr Plourde, secondé par le Dr Poliquin, que des remerciements soient votés aux médecins de Chicoutimi, pour l'aimable hospitalité qu'ils ont données à leurs confrères. Adopté unanimement.

Monsieur le Président remercie en terme chaleureux, tous les confrères qui n'ont pas craint ni la distance, ni le mauvais état de la température et des chemins, pour se rendre à cette réunion. Il espère que les absents adopteront les résolutions passées à la convention et ainsi nous vivrons tous la main dans la main, prêts à se supporter les uns les autres pour notre plus grand avantage et celui de nos patients.

Et l'assemblée est close.

CORRESPONDANCE

Le tarif médical.

(Cinquième et dernière lettre.)

Le tarif médical chez nos voisins, les Américains, est moins élevé que le nôtre et il s'applique indistinctement à tous les membres de la profession.

Voici quelques exemples comparatifs :

Visite de nuit,	\$1.00 ;	En Canada,	\$8.00, à la ville ;
Détention pendant la nuit	\$10 à 20 ;	do	\$30.00 do
Par mille additionnel	\$0,50 ;	do	\$2.00 do
Amputation de bras, jambe,	\$10 à 50 ;	do	\$100.00 do
Hernie réduite,	\$3 à 25 ;	do	\$25.00 do
Hernie opérée	\$20 à 100 ;	do	\$500.00 do
Cataracte,	\$25 à 100 ;	do	\$250.00 do
Lithotomie,	\$200.00 ;	do	\$500.00 do
Cathétérisme ordinaire	\$2 à 3 ;	do	\$6.00 do

Je m'arrête, c'est honteux.

Si la Société médicale de l'Etat du New-Jersey, si la Société médicale de Philadelphie, ainsi que celle de Détroit savent se contenter d'un tarif moins égoïste que celui imposé par nos gouverneurs, il va, sans dire, que la législature de Québec devra repousser purement et simplement ce projet de tarif exorbitant et injurieux aux médecins de la campagne.

Et en France le médecin ne thésaurise pas avec le tarif médical, si on en juge par les honoraires qu'on lui accorde, là bas, dans ses rapports avec la médecine légale.

L'exercice de la médecine dans les villes de la province de Québec est un vrai Klondike, quoi ! Tandis que l'exercice consciencieux du même art à la campagne devient une félonie, puisque le pauvre médecin s'en trouve puni sur le champ par la défense de demander un honoraire égal à celui de son confrère de la ville. Le privilège est une injure, souvent un outrage : et comme le ruisseau se perd dans le fleuve, de même l'arbitraire se perd dans le despotisme. Nos gouverneurs n'ont aucune raison d'anéantir le médecin de campagne dans le mépris de ses confrères de la ville par un tarif aussi odieux.

Non serviam !

Enfin, que voyons-nous autour de nous ? Des professions libérales dont les membres, indistinctement, sont protégés par un tarif uniforme. Le Barreau et la Chambre des notaires n'ont jamais songé et ne songeront jamais à suivre l'exemple du Collège des médecins et chirurgiens de notre province. Avocats et notaires de campagne ne sont pas mis sur un pied d'infériorité à l'égard de leurs confrères de la ville par un tarif différentiel. Et ces deux professions possèdent des hommes aussi distingués que nos gouverneurs ; personne n'en doute.

N'y a-t-il pas jusqu'à l'huissier de campagne qui échappe à notre humiliation ? Dans leurs longues courses pour la recherche d'un criminel comme pour le service d'un document judiciaire, les huissiers sont rétribués d'après un tarif uniforme. Seuls, nos gouverneurs foulent à leurs pieds un principe d'équité sociale pour se livrer à une orgie de mépris à l'égard du médecin de

campagne, sans aucun souci des classes ouvrières qu'ils exposent imprudemment aux morsures de la cupidité.

Résumons nous :

Les aspirants à l'étude et à la pratique de la médecine doivent se présenter devant le Bureau des examinateurs avec un égal bagage classique et scientifique ; une fois diplômés ils prennent leur volée pour aller se disperser dans leur province natale sous le regard de la loi qui les astreint tous, sans distinction, à un même dévouement, aux mêmes devoirs et à une même responsabilité envers la société et leur conscience.

En face de cette égalité de devoirs, de dévouement et de responsabilité, le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec nous refuse l'égalité devant le tarif.

Nous avons le cœur gros ; nos âmes, courbées sous une humiliation injuste, ne demeureront pas indifférentes au déni de justice commis aussi légèrement ; notre droit est une fleur que nous ne cesserons d'adorer, notre dignité un ornement que nous entendons respecter.

Nos gouverneurs ont des noms sanglants : nouveaux Cains, ils ont pour lien de ralliement le mépris et la perte de leurs confrères de la campagne. Docilement enrégimentés sous la direction d'un chevalier d'industrie (Dr Chevalier, le promoteur du tarif médical) ils ont accepté notre perte en ricanant, dans les salles de l'université !

Ils se sont servi de deux balances pour peser les services du médecin, en élargissant un droit à la ville pour le rétrécir à la campagne.

La myopie volontaire de nos gouverneurs les pousse au rebours de l'honneur et de la justice en adoptant le piège hideux d'un chevalier d'industrie.

Une élection difforme, funeste nous a donné ces gouverneurs ; une autre nous débarrassera de ces nains d'un Bureau chétif et laid.

En attendant que notre mépris corrosif leur ronger le dos jusqu'à la moelle ; que les corbeaux de la honte se perchent sur leurs côtes et que la lumière qu'ils ont méprisée dessèche leurs squelettes.

L'impôt du mépris est intolérable.

Dr L. A. FORTIER.

Saint-Vincent de Paul.

QUESTIONS ET REPONSES

Note de la rédaction. — Nos amis et confrères, qui voudront bien nous adresser certaines questions sur les sujets de médecine ou de science, feront parvenir leurs communications, *questions et réponses*, à l'adresse suivante : Dr Pierre Bédard, Delorimier, P. Q.

1° Quelles sont les différentes manières de doser la quantité de sucre dans les urines, et les procédés les

plus rapides et les plus efficaces à employer dans la pratique journalière ?

JEAN E.

2° Quelques médecins emploient le cataplasme dans presque toutes les inflammations ? N'ont-ils pas tort ?

Z.

BIBLIOGRAPHIE

H. A. WEST. — Maladministration of Public Medical Affairs in the State of Texas. — Extrait de *The Texas Medical Journal*.

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels depuis le 1er janvier 1900. Chaque fascicule 1 fr. Souscription à forfait : 15 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

Le fascicule VIII vient de paraître et contient des leçons bien faites sur *les trous de la base du crâne, les os maxillaires, l'articulation temporo-maxillaire, etc* ; en pathologie, sur l'épistaxis, les fractures du maxillaire inférieur, l'avulsion des dents, la méningite tuberculeuse, la coqueluche, etc.

FORMULAIRE

Pour faciliter l'absorption de l'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue.....	100 grammes.
Saccharine.....	0 gr. 40 cent.
Ether acétique.....	2 grammes.
Essence de menthe.....	V gouttes.

(ESSENSCHITZ.)

Huile de foie de morue.....	240 grammes.
Peptone de bœuf.....	160 —
Sucre.....	60 —
Essence de wintergreen....	XXV gouttes.
Alcool.....	30 grammes.
Eau.....	Q. S. p, 480 gr.

(COMBY.)

Huile de foie de morue.....	150 grammes.
Hypophosphite de chaux...	3 —
— de soude....	1 gr. 50 cent.
Glycérine.....	70 grammes.
Essence de menthe.....	V gouttes.
Gomme arabique.....	50 grammes.
Eau distillée.....	Q. S.

(Gaz. méd. belge.)

Travaux Originaux

DE LA DESINFECTION. (1)

par M. le Dr J. E. LABERGE.

Surintendant médical de l'hôpital civique de Montréal.

Cette conférence vous paraîtra peut être un peu trop technique, mon but n'est pas seulement de vous expliquer les moyens de désinfecter, mais aussi de bien vous faire comprendre l'importance de la désinfection bien faite.

La désinfection consiste à faire cesser l'infection. Il faut bien s'entendre sur les mots et sur leurs valeurs respectives. Un désinfectant, c'est un agent *physique* ou *chimique* qui peut détruire les germes des maladies. On a donné le nom de désinfectant à des agents qui ne sont pas qualifiés pour porter ce titre. Par exemple toute substance qui masque les mauvaises odeurs, est un *déodorisant*, mais tout déodorisant ne détruit pas les germes des maladies : ce ne sont donc pas des désinfectants. Les *antiseptiques* ne sont pas tous des désinfectants, ils peuvent empêcher la pullulation des microbes, mais les faire mourir une fois qu'ils existent, ce rôle appartient au désinfectant qui, lui, est toujours déodorisant et antiseptique, mais la réciproque n'est pas vraie.

Les déodorisants, les antiseptiques peuvent rendre des services dans quelques cas, en masquant les mauvaises odeurs, en empêchant les germes de pulluler, mais une fois que l'infection est établie, ils peuvent être plus nuisibles qu'utiles, parcequ'en masquant les mauvaises odeurs, il nous empêcheront quelquefois de découvrir l'infection.

L'*antiseptie* est préventive des maladies, elle empêche les germes d'arriver à une salle d'opération, par exemple. La *désinfection* est réparatrice ; elle détruit le microbe qui se serait introduit dans une maison. La première vise un danger probable, la seconde s'attaque à un danger certain.

Les bureaux d'hygiène ont pour but l'annulation, la destruction de ces germes réels, de ces organismes inférieurs que les travaux de Pasteur et de toute la génération de savants qui l'ont suivi, ont démontré être les moteurs des fermentations et des maladies infectieuses. Les bureaux de santé ont pour but de lutter contre ces principes des maladies infectieuses, ils les recherchent pour les détruire sur tous les objets qui peuvent les

avoir regus d'un malade. Ils protègent par la désinfection les individus sains. La désinfection publique est donc le moyen capital de la prophylaxie des épidémies. Il y a 25 ou 30 ans, messieurs, on ne faisait, pour ainsi dire, pas de désinfection, on recommandait une grande propreté, mais cela ne suffisait pas. Aujourd'hui, quoique la propreté soit restée le premier commandement de l'hygiène, la désinfection lui vient en aide et nous ne verrons plus de ces grandes épidémies, qui à une époque qui n'est pas bien éloignée de nous, dépeuplaient des villes entières et décimaient des armées bien plus sûrement et bien plus efficacement que le fer et le feu.

Vous demanderez peut-être comment vous pouvez juger qu'une désinfection est efficace. Je vous répondrai, vous pouvez dire qu'une désinfection est efficace, si vous vous êtes conformés aux règles établies, lesquels règlements ont été formulés par des expérimentateurs de tous les pays, qui, après de nombreuses recherches, en sont arrivés à établir des données qui doivent vous guider dans cette opération délicate. Si vous vous êtes conformés à ces règles, en hommes consciencieux, vous pourrez dire que vous avez détruits tous les germes d'infection. C'est vous dire que le désinfecteur doit être un homme très consciencieux, très minutieux, ne jamais rien faire à la légère dans l'accomplissement de ses fonctions et ne jamais rien laisser au hasard. Il a ses instructions qu'il doit suivre strictement. L'importance du sujet doit attirer toute votre attention, et vous ne devez jamais perdre de vue que la moindre négligence peut être la cause d'une épidémie désastreuse.

Laissez-moi, messieurs, vous dire deux mots de bactériologie ; vous savez tous que ces êtres infiniment petits qui produisent les maladies, naissent, vivent et meurent ; qu'ils se reproduisent avec une extrême rapidité par deux procédés.

1° *Par bourgeonnement*. La bactérie se reproduit par bourgeonnement en poussant des prolongements analogues aux bourgeons des arbres, qui un jour deviendront des autres arbres à leur tour. Ces prolongements que poussent la bactérie se détacheront à un moment donné et donneront naissance à plusieurs bactéries au lieu d'une. Ces bactéries se détruisent relativement avec facilité, comme du reste les bourgeons des arbres ne résistent pas à des influences divers, tels que le froid, la sécheresse, l'obscurité, qui les feront mourir.

2° *Par sporulation*. La spore de la bactérie, en suivant toujours la même comparaison, c'est la graine de

(1) Conférence faite devant les inspecteurs sanitaires de Montréal.

la plante, qui peut se conserver bien longtemps et que les changements de température ou autres influences climatiques, n'affectent pas comme le bourgeon de l'arbre. Aussi la spore résiste-t-elle beaucoup à nos moyens de destruction et nous avons bien peu d'agents à notre disposition pour la combattre, pour la faire mourir.

Donc, les bactéries, les microorganismes qui ne donnent pas de spores se détruisent facilement ; celles qui donnent des spores, en tant que bactéries, se détruisent facilement aussi, mais leurs spores résistent très longtemps à nos moyens de destruction, et cette spore transportée sur un terrain favorable à sa reproduction donnera naissance à une bactérie qui produira la maladie. Pendant leur vie, ces germes excrètent ; ces sécrétions bactériennes sont quelquefois des gaz, de là, les mauvaises odeurs que vous observez lorsqu'il y a décomposition de matières organiques, fermentations putrides, fait que vous observez chez certaines plantes, qui également sécrètent des gaz.

Avec ces quelques mots d'explication, nous allons entrer dans notre sujet proprement dit : la désinfection et les désinfectants.

1° Quelles sont les maladies qu'on nomme infectieuses, et où il faut désinfecter ? En voici l'énumération : la tuberculose — la diphtérie, — les fièvres typhoïdes, — les fièvres jaunes, — le choléra — la picote, — la rougeole, — la pneumonie, — l'influenza, — l'érysipèle, — le choléra des porcs, — la pleuro-pneumonie infectieuse du gros bétail, etc. Ces maladies sont infectieuses à différents degrés, mais elles le sont toutes.

Vous voyez que la liste en est assez longue ; eh bien ! il y en a encore un autre groupe, ce sont le *tétanos* et l'*anthrax*, que je sépare des autres, parce que les microbes de ces deux maladies donnent des spores et par conséquent les locaux, les objets infectés par ces deux maladies sont d'une désinfection plus difficile. Toutes les autres, d'après les données actuelles de la science, ne donnent pas de spores, par conséquent la désinfection est relativement plus facile. Les bactéries sont des êtres infiniment petits et par conséquent très légers, qui se repandent dans l'air comme les poussières ; leur petitesse et leur légèreté permettent leur transport à des distances considérables, soit par le vent, soit en se déposant sur les habits ou sur les objets qu'on transporte d'un lieu dans un autre. Alors, rien d'étonnant que l'infection se fasse et que le mode de propagation nous échappe ; donc, il faut, pour prévenir la diffusion de l'infection, désinfecter à bonne heure, aussitôt que possible, isoler

complètement ceux qui sont infectés, afin de protéger les individus sains.

Quel sont nos moyens d'action ? Quels sont les désinfectants ? Ils sont de deux sortes :

1° Physiques.

2° Chimiques.

1° DÉSINFECTANTS PHYSIQUES : c'est la chaleur.

a) Le feu.

b) Vapeur sous pression.

c) L'eau bouillante.

d) Chaleur sèche.

2° DÉSINFECTANTS CHIMIQUES :

a) Formaline.

b) Soufre.

c) Chlorure de chaux.

d) Bichlorure de mercure.

e) Acide carbolique.

f) Chaux vive.

g) Sulfate de cuivre.

h) Chlorure de zinc.

Le feu, la vapeur sous pression, 20 lbs. pendant 15 minutes, et l'eau bouillante sont des désinfectants d'une grande efficacité ; ils détruisent les spores complètement ; les autres détruisent les bactéries, mais ne détruisent pas toujours les spores. L'effet des désinfectants chimiques, est d'autant plus énergique que la température à laquelle on fait agir le désinfectant est plus élevée.

a) Le feu. — Il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup sur l'efficacité de ce moyen radical. Ce procédé détruit entièrement tous les germes, mais il brûle aussi les objets infectés.

Si ceux-ci ont une certaine valeur, c'est une perte complète, mais si ces objets n'ont pas de valeur, les brûler est le meilleur moyen de se protéger contre les microbes qu'ils portent avec eux : c'est l'incinération. Dans le cas contraire, il faut employer les autres moyens qu'on a à notre disposition pour combattre l'infection.

b) Vapeur sous pression. — On emploie la vapeur sous pression à 20 livres ou 105° eg. (230 Fahr.), 25 livres, 110 eg. (240 Fahr.), ou à 30 livres, 115° eg. (250 Fahr.). Tout germe, toute spore exposé pendant 15 minutes à cette dernière température, est complètement détruit. On procède en faisant monter l'aiguille indicatrice à 115° eg., puis on laisse échapper la vapeur ; l'aiguille descend à 100° eg., puis on introduit encore la vapeur et on chauffe jusqu'à 115° eg. une seconde fois. Le but de cette sortie de la vapeur est de permettre à l'air contenu dans les matelas ou autres articles à désinfecter

de s'échapper au dehors avec la vapeur, et de permettre à la vapeur, la seconde fois, de pénétrer à l'intérieur des objets que l'on a à désinfecter. Malheureusement on ne peut pas mettre toute une maison dans l'étuve; les cuirs se détériorent à cette température. C'est un procédé qui nécessite des appareils dispendieux, etc.; enfin il a des inconvénients et dans bien des cas il faut avoir recours à d'autres moyens, quoique celui là soit le meilleur pour désinfecter les tapis, les matelats, les hardes, etc.

c) *Eau bouillante*. — L'eau bouillante est un très bon désinfectant; aucun germe, aucune spore ne résiste à l'eau bouillante pendant une heure. Ce procédé devra donc être employé pour tous les effets de lingerie qui peuvent se laver, draps, couvertes, chemises, mouchoirs, etc. Mais il y a bien des objets qui peuvent être infectés et qu'il est impossible de plonger dans une cuve d'eau bouillante; les meubles, par exemple. Alors on aura recours à d'autres procédés.

d) *Chaleur sèche*. — Ce procédé est bien inférieur aux autres, et pour être efficace il faut que la chaleur atteigne 115° eg. (250° fahr.). Cette chaleur attaque les effets de lingeries, etc. Il n'est plus recommandé, d'ailleurs, que pour la verrerie, la vaisselle; mais encore il vaut mieux employer l'eau bouillante, c'est plus simple et aussi efficace.

(à suivre) /

Revue des journaux

MEDECINE

Pancreatite chronique.

La pancréatite chronique est fréquemment associée à la lithiase biliaire ou pancréatique, ou à un ulcère de l'estomac, du pylore, ou du duodénum.

Son évolution varie.

L'attaque peut être graduelle et insensible, elle peut être aussi annoncée par une douleur profonde à l'épigastre accompagnée d'ictère, ressemblant à une attaque de calcul hépatique, et peut être suivie de frisson.

La douleur, cependant, n'est pas dans la région de la vésicule biliaire. Elle ne se propage pas du côté droit à la région sous-scapulaire, mais elle est centrale et se propage dans le milieu du dos, ou du côté gauche. Ainsi elle ressemble plutôt à une douleur stomacale qu'à une douleur de la vésicule biliaire.

Le point sensible siège ordinairement un pouce au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane.

Une fois que l'ictère est apparu, il tend à se prononcer davantage avec chaque attaque, jusqu'à ce qu'il devienne permanent et chronique.

Quelquefois on peut sentir l'hypertrophie du pancréas; mais comme la douleur de la région épigastrique produit de la raideur musculaire, on se sert ordinairement de l'anesthésie.

L'amaigrissement et la perte des forces sont des symptômes marqués.

Le malade n'a pas d'appétit. Quelque temps après les repas, il a une sensation de plénitude et de pesanteur à l'épigastre.

La jaunisse n'apparaît pas nécessairement au début, mais il y a presque toujours une période de la maladie caractérisée par un ictère marqué. Cependant, comme le Dr Walker l'a démontré, les selles n'en deviennent pas moins décolorées, même quand il n'y a que le sucre pancréatique qui fait défaut dans l'intestin.

La glycosurie n'apparaît probablement que quand la glande entière est prise.

Quand il y a ictère, le pouls prend le caractère hépatique; et, quoique la température devienne élevée, les pulsations n'augmentent pas. Cependant le pouls s'affaiblit.

Une faiblesse croissante finit par enlever le malade.

Dans les cas plus chroniques encore, principalement quand il y a contraction de la tête du pancréas, on trouvera une tumeur formée par la vésicule biliaire distendue, précisément comme dans le cancer de la tête du pancréas. La pancréatite interstitielle chronique peut alors être confondue avec cette maladie, et on pourrait donner un pronostic favorable erroné.

Dans ces cas on s'apercevra que la vésicule est distendue par du mucus; la bile qu'elle contenait d'abord a été absorbée graduellement. La pression par en arrière empêche l'entrée de bile nouvelle dans les canaux biliaires. La vésicule se distend assez graduellement pour que ce soit insensible; ceci est rarement le cas quand la distension est due à un calcul biliaire.

(Mayo-Robson in *Lancet* — *Monthly Cyclopaedia*.)

RHEAUME.

L'épilepsie partielle, pathogénie et traitement.

par le prof. RAYMOND.

A propos d'un malade atteint de crises d'épilepsie jacksonnienne, débutant par les doigts de la main gauche, amélioré, d'abord par l'extirpation du centre cortical des doigts de la main gauche et ayant présenté quelques mois plus tard, des phénomènes plus graves. Raymond dresse le bilan des résultats obtenus jusqu'ici dans

le traitement de l'épilepsie partielle, au prix d'une intervention qui paraît on ne peut plus rationnelle en principe ; ce bilan n'est pas encourageant. On peut espérer que l'avenir perfectionnera encore les techniques opératoires, mais il y a à considérer ceci : l'extirpation d'un centre moteur n'entraîne pas la paralysie durable de la partie qui est censée tirer son innervation motrice du centre extirpé : elle entraîne des désordres moteurs qui relèvent de l'incoordination plutôt que de la paralysie et qui, en tout cas, se dissipent au bout de quelque temps. Cela veut dire qu'à la longue les centres extirpés sont suppléés dans leurs fonctions par d'autres territoires ; mais alors ne peut-il y avoir aussi une suppléance pathologique, une transmission du pouvoir épileptogène à d'autres territoires de l'écorce ?

Il y a aussi lieu de remarquer qu'assez souvent, dans des cas d'épilepsie partielle d'origine traumatique, on a trouvé en état d'intégrité apparente la zone rolandique qu'on devait considérer comme le point de départ des attaques. Force est donc d'admettre que le traumatisme crânien, même exercé en correspondance de la joue rolandique, peut engendrer une épilepsie partielle, corticale, sans occasionner de lésions appréciables de la zone motrice. Il y aurait des altérations purement dynamiques ; mais alors ces altérations dynamiques ne sont pas limitées à un territoire circonscrit de l'écorce ; elles atteignent simplement leur maximum d'intensité dans le territoire qui correspond au groupe de muscles par lequel débutent les attaques ; supprimer ce territoire ne saurait dès lors aboutir à la suppression des attaques.

(*Rev. intern. de thérap. et pharmacol. — Rev. neurol.*)

CHAGNON.

CHIRURGIE

Traitement de la goutte militaire.

Dans un grand nombre de cas, on voit au cours du traitement d'urétrites chroniques, le suintement persister ou réapparaître après avoir cessé quelque temps, malgré tous les moyens employés (lavages, injections, instillations).

Dans ces blennorrhées, par le toucher rectal, on sent une prostate dure, gonflée, tendue, douloureuse à la pression ; l'augmentation de volume porte, le plus souvent, sur un seul lobe. Parfois, ce sont les glandes de Cowper qui sont prises. Rarement ces phénomènes se traduisent par des douleurs spontanées ; quelques chatouillements, de la pesanteur au périnée au moment de la défécation, un léger suintement urétral coloré lorsqu'on va à la garde-robe.

Les filaments de l'urine, dont on a fait le signe infailible du siège de la lésion de l'urètre, ne seraient que

des sortes de moules des canaux excréteurs de la prostate et des glandes de Cowper ; cette conviction s'appuie, entre autres preuves, sur le fait que, quand on exprime la glande, on fait toujours sortir des filaments les premières fois.

Dans ces formes, le traitement se pose donc ainsi : agir sur la prostate ou les glandes de Cowper, les vider ; alors l'écoulement diminue, puis se tarit.

L'auteur fait d'abord, pendant trois ou quatre jours de grands lavages au permanganate de potasse et prescrit un grand lavement chaud matin et soir. Puis, tous les deux ou trois jours, il fait une séance de massage de deux ou trois minutes (le malade ayant les coudes appuyés sur une table, se baisse autant qu'il peut), et avec le doigt, il exprime alternativement chaque glande de Cowper. Les premières séances sont douloureuses ; la quantité de liquide qui s'écoule est souvent considérable.

Le traitement dure en moyenne trois semaines ; sur 60 cas de goutte militaire ainsi traités, M. Sterne n'a obtenu aucun succès.

(*Rev. de méd. et de chir. — Lyon méd.*)

Adenophlegmon de la joue.

par M. RIVET.

Cet adenophlegmon est peut-être moins rare qu'on ne le croit ; il a dû souvent être confondu avec la périostite du maxillaire inférieur. Il faut, je crois, dans certains cas, avoir la chance d'assister à l'évolution de l'affection, pour en connaître exactement la genèse. Mais un point sur lequel j'insiste à propos de l'observation que je rapporte, c'est l'étiologie. Les auteurs qui se sont occupés de ces adénites, en particulier Morestin, ne signalent comme origine qu'une infection du grand angle de l'œil, des paupières, ou de la muqueuse propre de la joue.

Le Dentu a vu un abcès du volume d'une noisette situé dans la joue, à évolution parfaitement froide, et ce ne fut que par un examen minutieux qu'il put constater un petit cordon se détachant de l'abcès, pour se rendre à la deuxième petite molaire, toutes les dents au premier abord avaient paru saines. Il l'explique, non par infection dentaire initiale ayant déterminé de l'adénite, ce qui semble pourtant bien probable, mais par migration du pus dans l'épaisseur de la joue. Dans notre cas, nul doute qu'il ne faille incriminer la dent de sagesse. Le premier jour, l'examen de la bouche ne semblait rien révéler d'anormal que le capuchon de la dent, légèrement tuméfié, mais semblant peu malade. Il n'en était plus de même quinze jours après, où la collection du pus était en rapport avec une inflammation nette du capuchon.

(*Gaz. méd. de Nantes — Ind. méd.*)

Anesthésie lombaire.

L'anesthésie médullaire, par la cocaïne, a fait le sujet de la discussion, à la section de gynécologie et d'obstétrique de l'Académie de médecine de New-York, lors de sa réunion du 20 octobre 1900.

Le Dr S. Marx ouvre la discussion, par une série de 32 cas d'obstétrique, dans lesquels il a employé l'anesthésie lombaire par la cocaïne. En deux occasions différentes, il a essayé de substituer l'*eucaïne* et la *cocaïne*, mais vainement. Son expérience n'a fait qu'accroître sa confiance dans cette méthode d'anesthésie, selon lui aussi utile et efficace que non dangereuse, si bien qu'il n'hésiterait pas un moment à l'employer sur un membre de sa famille.

L'anesthésie lombaire exposerait à deux dangers — à l'infection et à l'empoisonnement par la cocaïne.

Il reclame pour l'injection, les mêmes précautions que pour une laparatomie.

Il n'a jamais observé de symptômes imputables à la toxicité de la cocaïne, ni de phénomènes d'infection.

La cocaïne serait une drogue relativement inoffensive pour assurer une délivrance sans douleur. La congestion cérébrale toujours présente dans le travail est diamétralement opposée à l'action toxique de la cocaïne sur le cerveau. Il n'a jamais observé de pouls ralenti, ni fuyant, ni de cyanose, ni aucun autre symptôme ennuyeux.

Les maux de tête qui ont suivi l'injection lombaire de cocaïne dans plusieurs cas, ne doivent pas toujours être imputés à la cocaïne, puisque ces mêmes inconvénients ont été observés à la suite d'injections médullaires expérimentales, avec une solution saline, ou une solution de strychnine.

Par cette méthode l'accouchement se fait sans douleur, le col se distend plus facilement, bien plus les muscles abdominaux restent sous le contrôle de la parturiente. Le cas échéant, des versions et des applications de forceps ont pu être faites avec beaucoup d'aise pour l'opérateur et sans douleurs pour la parturiente.

Le Dr S. Ormond Goldman, moins enthousiaste croit cependant que l'anesthésie lombaire est venue prendre place, pour tout de bon, dans le domaine de la chirurgie et cela surtout quand le chloroforme et l'éther seront contreindiqués. D'après son expérience, les patients préfèrent être inconscients durant une opération. Si sa mémoire ne lui fait pas défaut, il dit que Tuffier a rapporté un cas de mort imputable à l'action de la cocaïne dans l'anesthésie médullaire.

Le président de la séance, le Dr Reddle Goffe se prononce en faveur de l'anesthésie par la méthode lombaire, et rapporte ce qu'il a vu faire par Tuffier et ses assistants.

Moins enthousiaste est le Dr A. Palmer Dudley qui rapporte six cas d'anesthésie lombaire. Durant l'opération il a été ennuyé par les vomissements et les évacuations alvines involontaires de ses patientes.

Les effets consécutifs à l'injection, dans presque tous les cas, ont été plus pénibles qu'après l'emploi du chloroforme ou de l'éther.

La durée de l'anesthésie peut être fugace et instable la même dose de cocaïne ne produisant pas toujours la même période d'anesthésie chez les différents sujets.

Le Dr Egbert H. Grandin, jette un froid dans l'assemblée, en rapportant deux cas où l'anesthésie n'avait pas réussi du tout, et cela sous la direction du Dr S. Marx. — Le Dr Grandin prend fait et cause pour le chloroforme et l'éther, et prêche la prudence : une statistique mortuaire très élevée serait déjà au crédit de cette nouvelle méthode.

Le Dr B. Bogart, de Brocklyn, relève un peu le moral par une statistique des plus favorables. Pour ce dernier, l'anesthésie médullaire serait sans danger et appelée à rendre de grands services.

DEROME.

Rapports entre les vésicules séminales et l'impuissance.

par RAMON GUITERAS (de New-York).

C'est l'impuissance atonique, la plus fréquente de toutes, que l'auteur a eu en vue dans ses recherches. Elle peut être divisée en deux classes : la forme adynamique et la forme irritative. Cette dernière est attribuée en général à la congestion ou à l'inflammation de l'urètre postérieur ou de ses annexes.

L'urétrite postérieure, les rétrécissements, les excès vénériens, l'excitation sexuelle prolongée, une urine fortement acide, la prostatite et diverses autres conditions sont désignées comme les causes les plus ordinaires de ce trouble. On a aussi excusé la masturbation, mais rarement on a pu l'établir suffisamment.

Des hommes qui sont constamment en contact avec des femmes sans pouvoir satisfaire leurs désirs sexuels sont mis dans un état d'irritation constante qui est suivi par un épuisement et un affaiblissement des parties génitales. Dans ces cas, une simple accolade ou un frôlement de robe suffisent pour provoquer une éjaculation.

Une série d'observations cliniques ont amené l'auteur à la supposition que le fonctionnement des vésicules est une cause beaucoup plus puissante de l'impuissance atonique que ne le sont la prostatite ou l'urétrite postérieure. Le fait que la vésiculite est ordinairement un corollaire de la condition pathologique de la prostate ou de l'urètre prostatique ne contredit en rien cette opinion.

Les individus atteints d'impuissance atonique peuvent être subdivisés encore en divers groupes : il y en a qui ont l'érection incomplète avec éjaculation prompte et chez qui il faut un long intervalle avant qu'une seconde érection puisse se produire ; il y en a qui n'ont pas la force suffisante pour faire une introduction, il y en a

chez lesquels l'érection a manqué pendant des mois et des années. Dans la plupart de ces cas, l'exploration rectale cause une douleur sensible toutes les fois que le doigt explorateur touche aux vésicules. Les vésicules peuvent être dilatées et dans un état qu'on pourrait désigner par le nom de "rétention spermique". En général, cet état, dû à une atonie des parois avec une sténose concomitante des conduits, pourrait être amélioré par le massage qui exprimerait une grande quantité de détritrus et de produits inflammatoires et les amènerait dans l'urine.

Pour tous ces cas, l'auteur a appliqué une méthode de traitement spécial qui a donné les meilleurs résultats. Sa méthode peut se résumer ainsi : remèdes internes pour neutraliser l'urine dans les cas de suracidité ; irrigation rectale avec une solution de sel ordinaire ou de la tisane de graine de lin à une température de 105 à 120° degrés Fahrenheit. Ces irrigations qui doivent avoir lieu chaque nuit doivent être pratiquées par le tube rectogénital à double courant ; tous les cinq jours, massage des parties génitales intérieures suivi immédiatement d'une irrigation urétrale toutes les fois qu'il y a prostatite chronique ou urétrite postérieure.

Après avoir fait disparaître les symptômes d'inflammation et d'irritation, on peut employer des toniques tels que strychnine et fer ou même du phosphore.

(N.-Y. Med. Journ. — Ind. méd.)

OBSTÉTRIQUE

L'hystérectomie abdominale totale dans les cas de dystocie par fibromes utérins.

par M. le professeur G. EUSTACHE, (Lille).

(Suite)

OPÉRATION.— Toutes précautions antiseptiques prises et la femme chloroformisée, une longue incision de près de 40 centimètres ouvre le ventre de bas en haut : à travers cette boutonnière, l'utérus énorme est saisi avec de fortes pinces de Museux et amené au dehors. On l'incline fortement à gauche, de façon à découvrir les annexes et le ligament large du côté droit.

La trompe droite est de la grosseur du poing, distendue par un liquide séro-purulent qui se voit par transparence. On place immédiatement deux longues pinces-clamp au dessous, l'une rasant l'utérus, l'autre un peu au-dessous, et on sectionne le ligament large entre les deux.

Même intervention rapide du côté gauche.

Puis la masse est soulevée en haut, ce qui est très facile vu la longueur considérable du vagin (chose notée dans la plupart des observations d'hystérectomie obsté-

tricale), dont l'extrémité supérieure dépasse le niveau du pubis. On place un écarteur sur le pubis, et on fait une incision semi-circulaire sur la surface antérieure de l'utérus, qui intéresse seulement le péritoine, et permet de décoller cette séreuse de haut en bas jusqu'au cul-de-sac vaginal antérieur tout en refoulant la vessie en avant. En renversant ensuite la masse en avant, on libère de même le péritoine de la face postérieure.

Le cul de-sac vaginal antérieur est ouvert avec le bistouri jusque sur ses parties latérales ; deux petites pinces-clamp sont aussitôt appliquées sur la surface de section qui comprend les utérines. On agit de même pour le cul de-sac vaginal postérieur. Finalement l'énorme masse est entièrement libérée, et confiée aussitôt à l'un des aides qui l'ouvre séance tenante pour en extraire le fœtus. Celui-ci était mort et macéré ; nous y reviendrons.

Cette première partie de l'opération a duré exactement quatorze minutes, la femme n'a pas perdu de sang, et les anses intestinales n'ont pas été mises à nu, étant toujours maintenues en dehors du champ opératoire par des compresses stérilisées, la femme étant placée dans la position de Trendelenburg.

Sans déséparer, le chirurgien procède aussitôt à la ligature des parties saisies par les pinces. Deux fortes ligatures de soie sont placées de chaque côté sur la surface de section des ligaments larges, deux autres au niveau des culs-de-sac vaginaux. Au bout de dix minutes, l'hémostase était assurée.

On saisit alors avec des pinces de Kocher le péritoine antérieur et postérieur précédemment décollé de l'utérus ; on en fait la suture avec des fils de catgut d'abord à droite, puis à gauche pour reconstituer le dôme vaginal, qu'on laisse ouvert au milieu pour le drainage péritonéo-vaginal.

La toilette du petit bassin est faite avec soin ; deux gros drains entourés de gaze iodoformée sont engagés du ventre dans le vagin à travers l'ouverture laissée au milieu. Les intestins sont remis en place, et on ferme la cavité abdominal par 3 plans de suture, l'un péritonéal, l'autre musculaire avec du catgut, le troisième cutané avec des crins de Floreuce. Pendant la suture, une injection hypodermique de 500 gr. de sérum artificiel est faite.

Le pansement appliqué, la femme est reportée dans son lit.

L'opération avait duré 58 minutes.

Il est un fait qui mérite d'appeler l'attention, c'est la facilité de libérer l'utérus fibromateux de ses attaches inférieures, grâce à l'élongation du vagin, résultat de la grossesse à terme.

Dans aucun cas, je n'ai vu mentionner l'enclavement de l'organe dans le bassin.

Son soulèvement en haut, quand l'abdomen est ouvert, a été toujours facile, plus facile que dans les hystérectomies pour des fibromes, pratiquées en dehors ou au

début de la grossesse. La formation de la collerette péritonéale et la désinsertion de l'organe ont pu être faites chaque fois sûrement, rapidement, facilement même, et ce n'est pas là un des moindres avantages de l'opération.

Un autre fait, non moins intéressant à noter, c'est l'absence d'accidents septiques post-opératoires. Alors même que l'intervention était faite en pleine période d'infection (notre malade avait de la fièvre depuis deux jours ; elle avait eu un frisson intense et 40 degrés de température avant l'opération). J'attribue cet heureux résultat à la suppression totale de la muqueuse utérine, ainsi que tous les vaisseaux de la matrice, veines et lymphatiques. L'opération de Porro, a-t-on dit, donne plus de sécurité à ce point de vue en évitant le déversement dans le péritoine des produits septiques du vagin. Mais le vagin est moins infecté, et dans tous les cas plus facile à désinfecter par le drainage que le col de l'utérus même lorsqu'on procède à l'évidement de la muqueuse.

Enfin la suppression de tout moignon utérin, extra ou intra-péritonéal, hâte singulièrement la guérison définitive.

Avant de conclure, je voudrais pouvoir trancher une dernière question. Quand on pratique l'hystérectomie abdominale totale pour dystocie due à des fibromes utérins, la grossesse étant à terme, faut-il extraire l'utérus sans l'ouvrir, ou bien est-il préférable d'extraire tout d'abord l'enfant par l'incision césarienne *in situ* et ne faire l'ablation de l'organe qu'après ?

Si le fœtus est mort, il n'y a pas à hésiter, l'organe est enlevé en masse et d'emblée.

Quand le fœtus est vivant, la question peut être controversée, et les faits manquent pour permettre une solution pertinente.

Je pencherais volontiers pour la même ligne de conduite. En effet, l'incision césarienne dans un utérus fibromateux est loin d'être commode et rapide. L'enfant court autant, sinon plus de dangers de ce fait que du fait de l'interruption de la circulation utérine pendant les quelques instants qui séparent la section des artères de l'extraction définitive de l'organe.

CONCLUSION. — L'hystérectomie abdominale totale, parfaitement réglée dans sa technique, facile à pratiquer et ayant donné d'heureux résultats, est l'opération de choix dans les cas de dystocie par fibromes utérins, la grossesse étant à terme. A ce titre, elle doit être inscrite désormais au nombre des opérations obstétricales.

(*J. des scienc. méd. de Lille*)

Des plaies pénétrantes de l'utérus gravide.

par PUECH et ESTOR.

Les auteurs terminent un important mémoire par les conclusions suivantes :

La laparatomie constitue la méthode de choix pour le traitement des plaies pénétrantes de l'utérus gravide.

L'utérus bien mis à découvert, la conduite ultérieure variera suivant que la conservation de l'organe est possible ; que son ablation s'impose ; qu'il existe en même temps d'autres lésions viscérales.

La conservation de l'utérus, avec suture soignée de la plaie, sera pratiquée quand on aura affaire à des plaies incomplètes ou à des plaies complètes ne s'accompagnant pas de trop grand délabrement. Au cas de plaie complète, il y aura lieu de se préoccuper au préalable du contenu de l'utérus ; le fœtus est-il pour la plus grande partie hors de la matrice il faut en faire l'extraction. Y a-t-il seulement issue d'un membre ou d'une partie des annexes fœtales, on doit se contenter de la réduction. Fœtus et annexes sont-ils restés en totalité dans l'utérus, on ne procédera point à leur extraction utéro-abdominale.

Quand l'ablation de l'organe s'impose, nous donnons la préférence à l'hystérectomie abdominale partielle avec pédicule externe précédée de l'extraction du fœtus.

Les lésions viscérales qui peuvent accompagner les plaies de l'utérus gravide seront traitées suivant le mode qui convient à chacune d'elles.

(*Revue de gynéc. et de chir. abd. — Gaz. des hôp.*)

GYNECOLOGIE

Le pincement des artères utérines dans les fibromes.

GOULLIQUOUD (de Lyon) et GOTTSCHALK (de Berlin).

Quand le développement des fibromes ou les troubles qu'ils occasionnent nécessitent une intervention, l'hystérectomie est en général la méthode de choix. Il a lieu cependant de faire une large place à des opérations moins radicales, telles que la myomectomie par énucléation abdominale ou vaginale, la castration, la ligature ou le pincement des artères utérines. La castration reste une excellente opération dans les cas de fibromes moyens, ménorrhagiques chez les femmes exsangues. Quant au pincement des artères utérines, dont nous voulons spécialement parler, nous l'avons employé avec succès dans quelques cas favorables et choisis, dès 1894. Ces cas étaient représentés par des femmes de 40 à 50 ans, présentant un fibrome à développement, pelvien ou tout au moins n'atteignant pas l'ombilic et s'accompagnant d'hémorrhagies. Les résultats ont concordé avec ceux signalés par les promoteurs de la méthode des ligatures, Gottschalk, Franklin, H. Martin, Hartmann, Mangin, etc. Nous avons toujours observé un arrêt complet des hémorrhagies, une régression de la tumeur ; celle-ci est facilement appréciée et indubitablement prouvée par la diminution du cathétérisme utérin. Ainsi

dans mon premier cas, datant de 1895, le cathétérisme était de 11 centimètres, deux ans après il ne mesurait plus que 6 cent. 1/2. Le résultat s'est maintenu depuis six ans, malgré la persistance des règles. Dans la seconde observation, le cathétérisme tombe aussi de 8 centimètres à 6 cent. 1/4, deux ans après l'opération. Dans une troisième observation, le cathétérisme de 11 cent. 1/2 n'est plus que de 7 cent. 1/4, deux ans après. Rien ne peut établir d'une façon plus certaine l'efficacité du pincement ou de la ligature des artères utérines. Quant au procédé opératoire, il représente à peu près le premier temps d'une hystérectomie vaginale; c'est la même incision circulaire avec prolongements dans les culs-de-sac latéraux; le doigt décolle la vessie en avant, le rectum et le péritoine en arrière sur les côtés de l'utérus, afin de bien isoler la gaine hypogastrique. Celle-ci dégagée, la lame vasculaire est saisie dans les mors d'une pince longue droite, longs de 5 centimètres et enfoncés de 5 à 6 centimètres, de façon à dépasser sûrement le niveau de l'artère utérine. Les pinces sont laissées en place 24 ou 48 heures. Nous n'avons d'ailleurs aucune prétention d'attacher une valeur spéciale au pincement, à le croire supérieur à la ligature; il est plus facile et agit aussi efficacement. Nous avons essayé dans un cas de fibrome remontant à l'ombilic, la ligature des deux artères hypogastriques; les hémorragies se sont arrêtées, mais nous avons eu la surprise de ne voir survenir aucune modification de la tumeur, aucune diminution du cathétérisme. Cette opération s'est donc montrée inférieure, dans ce cas, à la castration ou à la ligature des artères utérines. Le pincement des utérines est une précieuse ressource dans les métrites hémorragiques rebelles, en cas d'insuccès du curetage.

Voici le résumé du travail de Gottschalk sur le même sujet :

La ligature vaginale des artères utérines dans ses différentes branches, près du bord de l'utérus, tout près du point de division, est une opération tout à fait exempte de dangers. Il est préférable de lier par trois ou quatre étages, après le décollement de la vessie, du col et des ligaments larges de chaque côté, le ligamentum cardinale (pédicule vasculaire) et la base du ligament large avec de la soie forte et l'aiguille de Deschamps. Cette opération sera bien supportée aussi par des femmes tout à fait exsangues et épuisées, qui succomberaient sûrement à une intervention radicale.

2) Après cette opération, l'utérus et ses tumeurs ne peuvent plus recevoir du sang artériel que de l'artère spermatique interne et par l'intermédiaire de l'artère du ligament rond des ramifications terminales de l'artère épigastrique. (Éventuellement, il sera facile d'éliminer en même temps les anastomoses des ligaments ronds en les liant en masse dans la région inguinale).

3) La nutrition de l'utérus reste assurée après l'opération.

4) La ligature vaginale des artères utérines peut,

dans des cas convenablement choisis, maîtriser définitivement mieux qu'aucune autre méthode palliative les hémorragies causées par les myomes, et elle est capable de réduire les tumeurs à des noyaux, à des restes si minimes, qu'ils ne sont plus constatables à l'exploration clinique.

5) Mais il faut choisir les cas bien justiciables de la méthode.

6) Voilà les données générales :

a) *Le siège des myomes.* — Les myomes, qui sont les plus justiciables de la méthode, sont essentiellement les myomes interstitiels développés dans la portion inférieure et moyenne de la matrice, moins ceux qui sont situés au niveau du fond de l'utérus et pas du tout les tumeurs intraligamentaires.

b) *L'âge des malades.* — Plus la femme, atteinte de tumeur myomateuse, est rapprochée de la ménopause, d'autant plus grandes sont les chances d'un succès radical par la méthode de la ligature.

c) *La grosseur des tumeurs.* — La méthode est surtout applicable dans les utérus myomateux, qui ne dépassent pas notablement le volume d'une tête de femme.

d) *L'anamnèse.* — Si des accidents pelvo-péritonites ont précédé, il est vraisemblable que les tumeurs contractent des adhérences avec les organes voisins, particulièrement avec l'épiploon, et qu'elles en retirent de nouveaux vaisseaux artériels qui mettent en question le succès.

5° Avant l'abrasion de la muqueuse de l'utérus, qui est régulièrement le premier acte de la ligature, il faut dilater l'utérus à la laminaire dans tous les cas où il y avait lieu de soupçonner un myome sous-muqueux, par raison qu'il est mieux d'extirper radicalement les myomes situés dans la cavité utérine.

(*J. de méd. de Paris.*)

FORMULAIRE

Pommade contre les engelures :

Chlorhydrate de cocaïne.....	7 grains.
Extrait chanvre indien.....	7 —
Taniu à l'éther.....	2 drachmes.
Glycérolé d'amidon....ad.....	4 onces.

(*Bull. Sc. pharm.*)

Gouttes antihémorrhoidales.

Teinture d'hydrastis.....	1 drachme.
— de viburnum.....	1 —
— d'Hamamelis.....	2½ —
— de marron d'Inde..	2½ —

En prendre XV et XX gouttes avant les repas dans un peu d'eau sucrée.

(*J. de méd. de Paris.*)

Travaux Originaux

DE LA DÉSINFECTION. (1)

par M. le Dr J. E. LABERGE.

Surintendant médical de l'hôpital civique de Montréal.

(Suite)

2° DÉSINFECTANTS CHIMIQUES.

a) *Formaline.* — C'est un bon désinfectant disent les uns, inefficace disent les autres. Excellent désinfectant de surface, mais il ne pénètre pas les tapis, les tentures, les paquets de linge, les rideaux, etc. On l'emploie en solution à $\frac{1}{2}$, à 1 ou à 2 % pour laver les mains, la figure, les habits. Les draps, peuvent être immergés dans cette solution. Mais c'est surtout comme gaz que son emploi est recommandé. Au contact de l'air la formaline en solution à 40% s'évapore très rapidement, ce gaz est très irritant pour les muqueuses du nez, des bronches, des yeux. Mais il n'est pas toxique et ces inconvénients n'offrent absolument aucun danger. Il faut faire bien attention de ne pas toucher avec ses doigts une solution à 40%, car cette solution corrode l'épiderme.

Avant de désinfecter une chambre, il faut prendre le cubage de cette chambre, c'est-à-dire mesurer la longueur, la largeur et la hauteur; vous multipliez la longueur par la largeur et le produit par la hauteur, ça vous donnera un certain nombre de pieds cubes et vous vous guidez sur ce total pour établir la dose à employer. On conseille d'employer une demie à une livre de formaline par 1000 pieds cubes, et maintenir l'exposition pendant 12 heures. Son action comme désinfectant est accrue par la chaleur, l'humidité et aussi par le vide. Avant de désinfecter une chambre ou une maison, vous devez donc avoir soin de tenir ces appartements chauds, et si c'est possible laissez sur le poêle, un vase quelconque rempli d'eau, afin de répandre dans l'appartement un peu de vapeur qui augmente les propriétés désinfectantes de la formaline. Puis vous fermez bien toutes les ouvertures, portes, fenêtres, fentes, craques, trous enfin, vous fermez aussi hermétiquement que possible la chambre à désinfecter, vous commencez votre désinfection en vous servant d'un des appareils employés par le bureau de santé

si l'appartement est grand, et sur lesquels vous projetez la solution à 40% avec le pulvérisateur Behm.

La quantité du désinfectant à employer sur un drap ne doit pas excéder une demi livre.

La quantité de formaline à employer pour désinfecter un appartement varie avec la grandeur de celui-ci, naturellement, plus l'appartement est grand plus on emploie de désinfectant, une demi livre à une livre par 1000 pieds cube, de la solution à 40%. Quelques expérimentateurs recommandent moins et quelques autres plus. Les avantages de la formaline sont: qu'elle n'attaque pas les métaux, qu'elle ne détériore pas les tapis ni les bourures des meubles. Elle coûte plus cher que le soufre, et les appareils que l'on emploie à cet effet sont assez difficiles à manier et assez coûteux.

b) *Soufre.* — Le soufre est un bon désinfectant de surface, pour moi aussi effectif que la formaline. Il coûte moins cher et son emploi est plus facile.

On désinfecte avec le soufre brut en le faisant brûler, on obtient ainsi du gaz acide sulfureux, ce gaz ressemble à de la fumée, il est blanc grisâtre, très irritant pour les muqueuses, plus irritant que la formaline.

Avant de commencer les fumigations, il faut comme pour la formaline, fermer aussi hermétiquement que possible toutes les ouvertures par où le gaz peut s'échapper au dehors. Mesurez le cubage et faites brûler au moins 3 livres de soufre par 1000 pieds cubes, dans certains cas même mettez cinq livres, ce n'est pas trop lorsque l'appartement ne fermera pas hermétiquement. Vous déposez ce soufre dans un chaudron en fer que vous avez entouré d'un journal à l'intérieure, et mettez ce chaudron dans un autre réceptacle plus grand, une chaudière par exemple, qui contiendra de l'eau. Cette eau produira de la vapeur qui rendra plus actif le pouvoir désinfectant du soufre. Une autre raison pour laquelle vous devez mettre de l'eau en dessous du chaudron qui contient le soufre, c'est que cette eau empêchera le plancher de prendre feu. Vous pouvez mettre un peu d'alcool sur le soufre, l'alcool aidera le soufre à s'allumer.

Quelquefois un simple morceau de papier placé au milieu du soufre suffira à le faire prendre. Il ne faut pas oublier d'écraser le soufre, de le mettre presque en poudre, il brûle bien mieux ainsi pulvérisé, et il faut avoir soin de placer le soufre au milieu de l'appartement. Après vous être assuré que le soufre est bien allumé vous vous retirez et fermez bien la porte. Vous ne retournez que le lendemain ouvrir cet appartement. Il faut laisser 24

1 Generator sanitary arrangement. Pulvérisateur Behm.

heures l'appartement fermé. Quelquefois il arrive que le soufre n'a pas brûlé, il s'est éteint après votre départ alors il faut recommencer car cette première désinfection est naturellement inefficace. Le soufre a bien des inconvénients, ce n'est qu'un désinfectant de surface, ensuite il détériore le linge, il attaque les métaux, les argenteries. Mais il me semble plus facile à manier que la formaline et il est aussi peu efficace que la formaline. Il coûte moins cher.

Lorsque vous désinfectez une chambre avec l'une ou l'autre de ces deux substances, soufre ou formaline, vous ne devez pas laisser les armoires fermées. Il vous faut ouvrir gardes-ropes, armoires et buffets ; ne laissez pas non plus des paquets de linge empilés dans les coins de l'appartement, sur les lits ; il faut tout étendre, accrocher, suspendre afin de permettre à ces gaz de pénétrer le plus possible ces objets infectés.

c) *Chlorure de chaux*. — C'est un bon désinfectant, mais il doit contenir pour être efficace 25% de chlore et quelquefois même celui qui est vendu dans des boîtes de fer blanc hermétiquement fermé ne contient pas 10%. On ne peut pas toujours compter absolument sur cette substance. Il ne faut pas trop s'y fier. On l'emploie en solution concentrée. L'eau n'en dissout qu'une certaine quantité, le surplus se dépose au fond du récipient et peut être utilisé en ajoutant d'autre eau qui le dissoudra. Recommandé pour désinfecter les fosses d'aisances, les drains, laver les planchers, les plafonds, les murs, les écuries, le linge, etc. Une fois dissous il se décompose très vite et perd ses propriétés, alors il faut donc l'employer aussitôt la solution faite. C'est un très bon désinfectant quand il n'est pas altéré et il coûte très peu cher. Celui du commerce qu'on vend à la livre est aussi bon que celui qu'on vend dans les petites boîtes hermétiquement fermés et qui coûte beaucoup plus cher.

d) *Bichlorure de mercure ou sublimé*. — C'est un des meilleurs désinfectants connus, employé depuis longtemps il a toujours conservé sa bonne réputation. Coûte peu cher et se manie facilement. C'est un poison très violent. Pour éviter des accidents regrettables on conseille de colorer la solution. Les solutions les plus généralement employées sont des solutions à 1 pour 1000 ou 1 pour 2000.

Vous pouvez faire une solution mère très concentrée à une partie pour 50 parties d'eau, et avec cette solution vous préparez les autres solutions en mettant une partie de la solution mère pour 20 ou 40 parties d'eau, pour

faire des solutions à 1 pour 1000 ou 1 pour 2000.

Il faut éviter d'introduire les solutions mercurielles dans les tuyaux de plomb, de cuivre, parceque, alors il se décompose, il attaque ces métaux et les détériore. On l'emploie en lavage, pour laver les planchers, les murs, les plafonds, les meubles, etc., on peut l'employer avantageusement pour désinfecter le linge qui peut se laver ensuite pour enlever toute trace de mercure. Mais il ne faudrait pas s'en servir pour désinfecter le linge qui ne peut pas être lavé après cette opération, parceque les particules de mercure qui resteraient dans les habits, par exemple, pourraient causer des accidents sérieux à ceux qui les porteront.

On l'emploie beaucoup en France en pulvérisation sur les planchers, les murs, les plafonds, etc.

On conseille d'y ajouter un peu d'acide tartrique ce qui rend l'action du bichlorure beaucoup plus efficace. On se sert d'un *spray* pour pulvériser la solution sur les murs, les planchers ou les plafonds ; quand on l'emploie en lavage on se sert d'une éponge, d'une brosse ou d'un linge. La chaleur augmente beaucoup l'efficacité de son action. Il ne faudrait pas l'employer lorsque le processus de putréfaction dégage des composés sulfureux capables de transformer le bichlorure en sulfure de mercure composé inerte et sans aucun pouvoir désinfectant. Alors pour désinfecter les privées par exemple, on se servira de préférence de la solution de chlorure de chaux, ou bien du vitriol, comme vous verrez tantôt.

e) *Acide carbolique*. — Ce désinfectant n'est pas très efficace et l'odeur pénétrante et désagréable qu'il laisse après son emploi, lui fait préférer les autres désinfectants. On l'emploie à 5%. Recommandé pour désinfecter les cabinets d'aisance, les sels des cholériques, pour imbiber le drap destiné à envelopper le cadavre d'un contagieux.

f) *Chaux vive*. — Très employée pour désinfecter les selles, les fosses d'aisances, les écuries, les étables, etc. On prépare le lait de chaux, en mettant 1 partie de chaux éteinte dans 8 parties d'eau, avec ce liquide on badigeonne les murs, c'est un désinfectant très recommandé surtout pour les écuries, les étables, certaines manufactures, abattoirs et certaines maisons.

g) *Sulfate de cuivre ou vitriol et chlorure de zinc*. — Employés en solution à 5%, pour désinfecter les fosses d'aisances, c'est le seul emploi de ces deux sels qui ont eu une très grande vogue autrefois. On préfère généralement le sulfate de cuivre.

Lorsqu'une maladie contagieuse s'est déclarée chez un individu, il faut l'isoler des personnes saines dans une pièce retirée, il faut éviter tout contact direct ou indirect avec les personnes du dehors. Les tapis, les rideaux, les tentures, les meubles rembourés, enfin, tout ce qui ne peut pas être désinfecter facilement, par les moyens ordinaires à notre disposition, devra être banni de cette pièce, de cette maison ne garder près du malade que le strict nécessaire. Il faudra laisser au malade que le linge indispensable et choisir que ce qui peut être lavé, ou détruit sans grande perte après la convalescence. Si, cependant les tapis, les rideaux, etc., ont été infectés il faudra les désinfecter à l'étuve ou bien les imprégner de formaline et les laisser exposer longtemps à ces vapeurs dans une chambre bien close, ou les soumettre aux fumigations de soufre dans des appartements bien fermés. Mais ces deux derniers procédés sont loin d'offrir la sécurité qu'offre la vapeur sous pression. Tout objet sans valeur qui aura été infecté devra être détruit par le feu. La chambre du malade devra être bien éclairée et bien aérée, car il ne faut pas oublier que l'oxygène de l'air et la lumière solaire, sont deux puissants désinfectants qui sont toujours en opération et qui ne coutent pas cher. Bien peu de germes résisteraient pendant 48 heures à une exposition à l'air et au soleil. Naturellement dans cette chambre les règles de la plus minutieuse propreté devront être rigoureusement observées et chaque fois que les meubles, le plancher ou les murs seront souillés par des matières infectieuses, il faudra laver ces endroits immédiatement avec une solution désinfectante sublimé, chlorure de chaux, etc. Lorsque le malade est parti alors il faut désinfecter l'appartement complètement avec tout son contenu, et le plus tôt possible, ceci est très important. Les microbes desséchés résistent bien plus longtemps aux désinfectants et souvent ne sont pas atteints par eux, ensuite les microbes desséchés n'adhèrent pas toujours aux meubles, aux murs, aux planchers ils ont plus de chance d'être emportés par le vent, les courants d'air, de se déposer sur les habits, etc. D'où l'indication de désinfecter le plus tôt possible. Cette désinfection se fera avec le soufre, la formaline ou les pulvérisations de bichlorure, ou encore par un lavage avec le bichlorure. Mais dans ce dernier cas il faudrait fermer l'appartement pendant 12 à 24 heures, afin de laisser déposer les poussières suspendues dans l'air.

Je conseille beaucoup les deux opérations, soufre ou formaline, et 12 ou 24 heures après, lavage au bichlorure. C'est ce que j'ai toujours fait dans la désinfection de

l'hôpital, lorsqu'infecté par la picote ; les mauvaises odeurs ne disparaissaient qu'après la seconde opération, c'est-à-dire après les lavages au bichlorure.

Il ne faudrait pas laisser une maison infectée par la maladie sans désinfecter aussi les éviers, les drains, les cabinets. Je crois cette précaution le complément nécessaire d'une bonne désinfection, car pendant la maladie que de produits septiques ont été jettés dans ces drains, où ils ont laissé des germes qui y pullulent et qui seront la cause d'une deuxième évolution de la maladie dans un avenir plus ou moins éloigné. Ils trouvent dans ces endroits tout ce qui leur faut pour se multiplier tout à leur aise, il y a donc là un foyer qu'il faut détruire.

La désinfection des fosses d'aisance, des drains, des éviers, des cabinets. — Dans les fosses d'aisances, d'abord le contenu de ces fosses ne devrait jamais s'y accumuler. Pour les désinfecter il faut employer largement des solutions désinfectantes de chlorure de zinc, de sulfate de cuivre et faire enlever leur contenu le plus tôt possible. Les drains, les éviers, les cabinets se désinfectent en jetant des solutions désinfectantes dans ces endroits ; une solution forte de formaline, une solution de chlorure de chaux, une solution à 5% d'acide carbolique, une solution sulfate de cuivre, sont toutes indiqués pour remplir ce but.

Précautions individuelles.—Toute personne, appelée par l'accomplissement de son devoir à désinfecter des endroits où il y a eu des maladies infectieuses, doit avoir un vêtement spécial en toile ou en coton, qui le couvre des pieds à la tête, la tête comprise. Il endosera ce vêtement avant d'entrer dans l'appartement infecté et l'enlèvera aussitôt après en être sorti, pour le plonger dans une solution désinfectante. Il devra alors se laver les mains, la figure avec une solution désinfectante, laver ses chaussures, les semelles surtout. Il faudra éviter de manger, de boire, dans ces appartements, car vous pourriez être victime de cette imprudence.

Tout officier désinfecteur devra se faire vacciner au moins tous les cinq ans. Les règles de l'hygiène concernant la propreté devront être observées strictement par ceux qui ont pour mission de désinfecter les appartements où il y a eu des maladies contagieuses. Prendre des bains souvent, à tous les jours si c'est possible, changer de vêtement très souvent et n'oubliez jamais que vous avez bien des chances de vous infecter malgré les précautions les plus minutieuses que vous prendrez. Vous devez vous protéger vous même, protéger vos famille, et protéger ceux avec qui vous êtes en contact.

Je termine, en disant que le désinfecteur doit être un homme consciencieux, dévoué et intelligent. Car toute négligence dans l'opération peut annuler celle-ci et entraîner des conséquences graves. Dévoué, car il y a là un acte secourable à accomplir et il n'est pas sans danger pour celui qui y participe. Intelligent, car cette opération ne doit pas être une affaire de routine le désinfecteur doit connaître les règles prescrites sur ce sujet et exercer son jugement d'après ces règlements pour obtenir le maximum de sécurité.

Revue des journaux

MEDECINE

Le malade source de contagion dans la fièvre typhoïde

par M. ROGER.

D'une intéressante étude M. René Roger conclut que, si l'eau est le mode de transmission de la fièvre typhoïde le malade n'en est pas moins dans beaucoup de cas une source directe ou indirecte de contagion. Il est une source de contagion non seulement pour ceux qui le soignent, mais aussi pour ceux qui l'approchent ou sont en rapport avec lui, soit dans sa famille, soit parmi les gens qui habitent la même maison ou vivent dans le même village. Il l'est également à l'hôpital.

Il est une source de contagion :

Directe : par lui-même et par l'atmosphère qui l'environne ;

Indirecte : a) par son linge, sa literie, ses vêtements et en général les objets à son usage ;

b) Par l'habitation qu'il a occupée ;

c) Par l'intermédiaire de tierces personnes qui servent de véhicule au contagion qu'elles ont pris au chevet du malade ;

d) Par l'intermédiaire de l'air qui peut transporter la maladie hors du foyer créé par le malade ou ses déjections.

Le plus souvent, dans ces cas, l'organisme est envahi par le bacille au niveau de l'arbre aérien, par inspiration de l'air contenant en suspension des poussières spécifiques.

Il est difficile de se faire une idée exacte de la fréquence de cette contagion, elle semble pourtant plus commune qu'on est porté à le croire aujourd'hui.

Ce mode de contagion atteint surtout les gens des campagnes et l'armée.

Puisque le malade est susceptible de transmettre,

dans certaines conditions, la fièvre typhoïde, il importe de prendre les mesures prophylactiques les plus sévères.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Accidents pulmonaires infectieux du cancer de l'estomac.

par M. QUENTIN.

Il se produit des accidents pulmonaires septiques au cours du cancer de l'estomac qu'étudie M. Quentin. Leur fréquence est grande. Ce sont le plus souvent des bronchites, broncho-pneumonies et pleurésies.

Les complications pulmonaires du cancer de l'estomac sont très souvent insidieuses et passent fréquemment inaperçues.

Dans d'autres cas, au contraire, comme dans les "formes pleurales du cancer de l'estomac", la complication absorbe tout le tableau symptomatique et masque la maladie initiale.

Le point de départ de l'infection est une solution de continuité dans la muqueuse de l'estomac ou l'ulcération du cancer lui-même.

La voie lymphatique est la voie la plus souvent suivie par les micro-organismes pour atteindre le poumon.

Très souvent ces accidents sont consécutifs à une intervention chirurgicale et, dans un tiers des cas, elles sont dues à l'infection de la plaie opératoire.

On les observe plus souvent après une opération palliative qu'après une opération curative, sans doute parce que les malades à qui l'on a fait une opération palliative sont des cancéreux avancés et par suite porteurs de cancérs ulcérés.

Ces complications après intervention sont le plus souvent mortelles, il y a cependant des cas de guérison.

En l'absence de complications locales, l'élévation de température est le meilleur signe de l'apparition d'une infection et surtout d'une complication pulmonaire chez les opérés pour cancer gastrique.

La meilleure prophylaxie à opposer à ces accidents est :

a) *Avant l'opération.* — Asepsie gastro-intestinale par le régime lacté et le lavage de l'estomac.

Injection sous-cutanée de sérum artificiel. Antisepsie de la bouche et du pharynx ;

b) *Pendant l'opération.* — Veiller à ce que le malade respire le mieux possible pendant l'anesthésie et éviter autant que possible qu'il ne vomisse.

N'employer que la méthode aseptique et éviter la chute de tout liquide dans l'abdomen.

c) *Après l'opération.* — Alimenter le malade par la bouche dès les premiers jours, pour rétablir la continuité du tube digestif.

Si le malade dépérit, si le pouls devient fréquent, si la température monte, employer comme un moyen hé-

roïque le lavage de l'estomac dès les premiers jours, sans crainte de faire céder les sutures.

On évitera de la sorte la résorption de ce liquide qui conduirait sûrement le malade à la mort, soit par collapsus, soit par infection pulmonaire.

Enfin faire assoir, puis lever les malades le plus tôt possible.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Le vertige paralysant, ou kubisagori.

par le Dr Gerlier (de Ferney-Voltaire).

La curieuse maladie que décrit M. Gerlier, et qu'il a eu le très grand mérite de faire connaître pour la première fois au monde médical, il a plus de dix ans, offre cette singulière particularité de présenter deux localisations géographiques tout à fait circonscrites, aux deux extrémités du globe. Elle se cantonne en Europe aux environs du lac de Genève, et se retrouve, identique mais plus grave dans certains districts du Japon.

Le mémoire actuel constitue une monographie complète de cette singulière affection.

On sait en quoi elle consiste. Un individu jeune, presque toujours un berger, est pris brusquement, sans prodromes, d'étourdissement et de vertige ; il s'arrête immobile, comme sidéré, la face sans expression, l'œil fixe, la paupière tombante, la tête fléchie sur la poitrine en raison de la paralysie de la nuque. Veut-il marcher, les membres inférieurs se prennent à leur tour et le sujet titube comme un homme ivre. Tout ce tableau se déroule en quelques minutes.

L'accès passé, les mouvements reparissent, le sujet reprend ses occupations comme si rien ne s'était produit et la santé reste parfaite jusqu'à l'invasion d'une nouvelle crise.

M. Gerlier analyse admirablement les divers éléments de cette bizarre névrose : l'envahissement des divers groupes de muscles suivant le degré de gravité des accès, les troubles visuels concomitants, les douleurs spinales et les sensations périphériques associées, l'état de la sensibilité, de la contractilité électrique, de la circulation oculaire.

L'étiologie du vertige paralysant est encore incomplètement connue ; mais la sagacité de M. Gerlier l'a conduit à de très intéressantes remarques.

Il s'agit en effet d'une maladie qui se montre par épidémie de maisons, qui ne frappe que les paysans, et, parmi eux, ceux qui séjournent et surtout couchent dans les étables. Chose curieuse : les Japonais qui sont sujets à la même maladie, se trouvent précisément dans les mêmes conditions ; en sorte qu'il paraît bien que le séjour dans une étable malsaine soit le facteur direct de l'infection. C'est là une donnée d'un haut intérêt, qui permettra peut-être un jour d'isoler le microbe ou la toxine qui détermine les troubles nerveux de la maladie

de Gerlier. Il semble d'ailleurs que cette affection soit destinée à disparaître dans un avenir prochain, car une meilleure hygiène, l'aération des étables, la soustraction de l'individu contaminé à son milieu malsain, suffisent toujours à la guérir en quelques semaines.

On ne saurait trop admirer le sens clinique et l'observation pénétrante de notre confrère, qui absorbé par la pratique de la médecine rurale, sans l'aide d'aucune ressource scientifique, a su découvrir un type morbide nouveau, et montrer qu'il s'agissait d'une entité morbide spéciale. Les recherches de Mura, à Tokio, en confirmant de point en point la description du médecin de Ferney, prouvent combien il avait vu juste et fait une œuvre de premier ordre.

(Bull. ac. méd.)

Hypertrophie osseuse dans l'hémiplégie infantile avec athétose-chorée.

MM. Lannois et Fayolle (Lyon) font une communication sur ce sujet. L'hypertrophie musculaire dans l'hémiplégie infantile avec athétose ou chorée est mentionnée dans Audry et Marie ; dans une thèse inspirée par Destot sur les altérations osseuses dans les affections nerveuses l'auteur concluait que l'hypertrophie osseuse ne se trouvait que dans les lésions nerveuses périphériques. Dans trois cas, ils ont vu l'hypertrophie osseuse accompagner l'hypertrophie musculaire ; dans deux des cas, il n'y a eu ni mensuration, ni radiographie. Dans un troisième cas, la mensuration montrait une différence de 0,01 cm. en faveur du côté malade, et la radiographie une de 0,006 mm. Cette observation ne ruine nullement la théorie de Destot, car il n'y a ici qu'une simple hypertrophie sans dystrophie osseuse, alors que dans les cas de M. Destot, l'os est altéré.

Deux causes peuvent être invoquées pour expliquer cette hypertrophie : 1° l'activité musculaire qui crée surtout l'hypertrophie musculaire ; mais cette explication ne suffit pas, par exemple à expliquer l'hypertrophie du sein, dans l'hémiplégie infantile ; 2° par un trouble trophique, il y aurait hypertrophie comme il y a des mouvements anormaux. La même cause d'excitation produirait ces deux phénomènes.

(Indep. méd.)

Deux observations de tuberculose conjonctivale.

par M. REIMAR.

Le premier fait concerne un enfant de quatre ans qui présentait une ulcération de la conjonctive tarsienne supérieure avec hypertrophie folliculaire du côté gauche et adénopathie sus-maxillaire du même côté. La guérison se produisit dans l'espace de trois à cinq semaines par l'emploi de l'acétate de plomb en collyre et de pom-

made iodoformée. Le diagnostic bactériologique n'a pas été fait.

Dans le second cas, il s'agit d'un adolescent, soigné à l'âge de neuf ans pour de la kérato-conjonctivite eczémateuse, et qui, onze ans plus tard, vient consulter pour une inflammation conjonctivale de l'œil droit. Le malade est très cachectique. Il n'a pas de lésions pulmonaires, ni d'adénopathie cervicale ou préauriculaire. A gauche, il existe un symblépharon total. A droite, il y a un léger ectropion de la paupière inférieure. La conjonctive est très très injectée et présente des granulations volumineuses, transparentes. L'aspect folliculaire, est une sécrétion muco-purulente. Dans le cul-de-sac supérieur on voit, en outre, des végétations papillaires. La conjonctive bulbaire est complètement recouverte par des nodules gélatineux. La cornée est trouble et vascularisée. Du côté gauche, il y a des ulcérations et même des adhérences. L'injection de 0,6, à 0,8 milligrammes de tuberculine ne donne lieu qu'à une élévation de température de 38°2, sans réaction locale. L'inoculation des végétations gélatineuses de la conjonctive bulbaire, dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin et sous la peau d'un cobaye, donne lieu à l'évolution d'une tuberculose typique. La muqueuse nasale n'était pas malade, mais il y avait obstruction des voies lacrymales, et Reimar est d'avis que cette obstruction est secondaire à l'affection conjonctivale.

L'auteur admet l'origine primitive et exogène de l'infection tuberculeuse conjonctivale dans ces deux cas. (*Monatsbl. f. Augenheilk. — Ind. méd.*)

Un nouveau signe physique de déplacement du cœur : dyspnée gastrectasique et pseudo-angine.

par ABRAMS.

La dyspnée gastrectasique est due au déplacement du cœur en haut par un estomac dilaté. L'auteur a vu un cas où le malade pouvait, en insufflant par la bouche de l'air dans l'estomac, faire disparaître le cœur derrière les poumons. Chez tous les individus accusant de légers troubles dyspeptiques avec dyspnée d'effort, il a trouvé de la diminution de l'aire de matité cardiaque avec affaiblissement des bruits du cœur. L'évacuation de l'estomac ramenait le cœur à sa position normale.

L'auteur trouve inexacte la méthode de Ferber pour apprécier la gastrectasie. Ferber avait trouvé que la zone tympanique circulaire formée par l'estomac au-dessous du lobe inférieur du poumon gauche au lieu de s'arrêter comme normalement derrière la ligne axillaire arriverait dans les cas de dilatation jusqu'à la colonne vertébrale. Bien plus exactes seraient la diminution de l'aire de matité cardiaque avec affaiblissement des bruits qui prennent un caractère embryocardique. La dilatation du cœur est une cause importante de pseudo-angine de poitrine.

Un autre signe sur lequel l'auteur attire l'attention c'est quand il y a déplacement du cœur en haut, la matité de l'espace interscapulaire à gauche au milieu de l'intervalle entre les vertèbres et le bord interne de l'omoplate. Cette matité disparaît si le malade se penche en avant, augmente s'il se penche en arrière. La matité tient à la compression du poumon.

(*Med. Record. — Ind. méd.*)

CHIRURGIE

Plaies pénétrantes du crâne par armes à feu.

(Soc. de chir.)

Le premier devoir du chirurgien appelé immédiatement auprès d'un de ces blessés est d'ouvrir antiseptiquement et de désinfecter avec le plus grand soin le trajet du projectile. Telle est l'opinion de MM. Reclus et Schwartz. Quant à aller à la recherche de la balle, cela peut être dangereux, disent-ils ; le plus souvent ces balles s'enkystent, dit M. Reclus, et les blessés n'en souffrent pas autrement. Toutefois, il peut y avoir des accidents éloignés. Mais d'une façon générale, il est plus sage et plus prudent de s'en tenir au nettoyage aseptique de la plaie et de ne pas aller plus loin, à moins que la balle ne soit très rapprochée de la perforation crânienne, qu'on ne la voie et qu'on ne puisse la saisir facilement. Telle est l'opinion de M. Reclus.

C'est aussi celle de M. Schwartz qui s'applique tout d'abord à faire une bonne aseptie du trajet, qui attend ensuite les événements, se renseigne par la radiographie et agit secondairement, s'il y a lieu, et suivant les circonstances.

M. Quénu rappelle la discussion qui a eu lieu, sur ce sujet, en 1894 ; il rappelle que l'opinion courante était alors qu'il fallait, comme pour l'abdomen, attendre les accidents pour intervenir et qu'on intervenait alors dans de mauvaises conditions. Une balle n'est qu'un morceau de plomb dans l'économie, dit-on ; c'est vrai, mais cette balle s'infecte dans son trajet et peut conséquemment devenir elle-même le point de départ d'une infection plus ou moins grave. Aussi M. Quénu est-il d'avis d'intervenir tout de suite après l'accident : il débride donc, agrandit le trajet en le nettoyant, agrandit l'ouverture crânienne elle-même en trépanant, débride même la dure-mère, s'assure s'il peut arriver jusqu'au corps étranger pour l'extraire, sinon, il peut tout au moins assurer un bon drainage. La radiographie ne modifie pas sa façon d'agir. Si la balle est trop loin, il attend alors, après avoir toujours fait le nettoyage de la plaie. Ces conclusions, M. Reclus les posait déjà en 1894 et il ne fait que les maintenir aujourd'hui.

Cependant, depuis cette époque, ainsi que le fait

justement observer M. Delorme, nous avons fait du chemin. Nous avons aujourd'hui la radiographie qui, dans bien des cas, peut amener les chirurgiens à suivre une conduite toute différente de celle qu'ils suivirent en 1894. M. Delorme commence donc par se renseigner le plus exactement possible, non seulement par l'étude des symptômes, mais aussi par la radiographie ; puis, une fois bien renseigné sur le siège du projectile, il serait aujourd'hui bien plus partisan d'aller à la recherche qu'il ne l'était il y a six ou sept ans, à condition, toutefois, qu'il ne soit pas nécessaire de faire trop de dégâts dans la substance cérébrale, à condition que le projectile soit assez rapproché de la paroi crânienne, se trouvant du côté de la plaie d'entrée ou de la paroi opposée. Il est d'avis qu'il faut largement agrandir le trajet, faire une trépanation large, débrider largement la dure-mère afin que l'instrument préhenseur puisse facilement saisir le corps étranger.

M. Lucas-Championnière, malgré la grande expérience qu'il a des ouvertures crâniennes, ou peut-être même à cause de cette expérience, estime qu'il ne faut pas risquer de s'égarer dans la substance cérébrale et qu'il ne faut y pénétrer que muni d'un guide très sûr. Nettoyez bien votre plaie, faites de prudentes recherches seulement dans le voisinage de la porte d'entrée intracrânienne et n'allez pas au delà si vous n'avez pas un guide très sûr, et, pour M. Lucas-Championnière, la radiographie elle-même ne constitue pas encore ce guide sûr.

M. Tuffier conseille également de s'en tenir d'abord au nettoyage de la plaie et d'assurer un bon drainage, quitte à intervenir d'une façon plus complète ultérieurement, quand on aura pu se renseigner à l'aide de la radiographie.

M. Guinard résume assez bien la question en disant que la balle n'est rien et que le trajet est tout.

M. Gérard-Marchand a la satisfaction de constater que tous ses collègues acceptent aujourd'hui les conclusions qu'il a formulées en 1894 sur ce sujet, et que beaucoup d'entre eux combattaient alors.

(Gaz. des hôp.)

Traitement des hydarthroses par l'air chaud.

Tandis qu'autrefois la chaleur humide était très souvent employée dans le traitement des artrites chroniques, M. R. Klapp lui préfère de beaucoup la chaleur sèche sous forme d'air chaud. Ce n'est pas seulement l'agent chaleur auquel il attribue les heureux effets obtenus ; c'est aussi et surtout l'hyperhémie ainsi provoquée qui agit. Peu importe d'ailleurs qu'il y ait ou non sudation.

L'appareil qui sert à faire une application locale d'air chaud peut être très varié de forme ; le plus simple est peut-être le meilleur. Le mieux est de soumettre

quotidiennement l'articulation malade à une chaleur sèche de 120 à 150 degrés pendant une heure ou deux. Il ne faut pas exagérer la durée de l'application, car il en résulterait un œdème long à disparaître.

Quand la méthode est bien appliquée, on voit dès les premiers jours le liquide se résorber avec une rapidité surprenante et le pourtour de l'articulation diminuer d'un centimètre par jour. Mais bien souvent cette amélioration ne se poursuit pas ensuite avec la même rapidité. Cet arrêt, lorsqu'il est bien réel, serait dû, d'après M. Klapp, à l'encombrement des vaisseaux lymphatiques. Il faut alors laisser le malade se reposer du traitement pour permettre aux lymphatiques de se dégorger, ce que l'on peut faciliter en plaçant le membre malade dans une situation élevée. M. Klapp, par ces deux moyens : air chaud et élévation du membre, a obtenu la résorption de toutes les hydarthroses du genou qu'il a eu à traiter.

Le traitement par l'air chaud a, sur le traitement par la compression, l'avantage de ne pas nécessiter l'immobilisation de l'article et de permettre des mouvements qui sont d'ailleurs favorables à la résorption.

La même méthode s'applique avec avantage aux œdèmes consécutifs aux fractures guéries, à la sciatique. Elle convient aussi aux blessures dont elle ravive en quelques heures les granulations languissantes ; elle peut être utile aux ulcères de jambe et même aux ulcérations syphilitiques.

Des expériences faites sur les animaux ont montré que la chaleur sèche active la résorption péritonéale. Les artrites tuberculeuses aussi se trouvent bien de l'hyperhémie active que l'on produit ainsi.

(*Indep. méd.*)

INTERETS PROFESSIONNELS

Saint-Ephrem d'Upton, le 10 décembre 1900.

Cher confrère,

Des questions qui intéressent le public médical à un très haut degré se discutent actuellement.

Le projet de loi du docteur Roddick, concernant la création d'un bureau central d'examen et la réciprocité interprovinciale de licence, mérite à lui seul toute l'attention de la profession médicale canadienne-française.

L'importante question de la fondation de cette grande association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, proposée par le docteur Brochu, de Québec, a droit à toute la sympathie des médecins du district de Saint-Hyacinthe.

Les élections triennales du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, qui devront se faire par district, selon la nouvelle loi adoptée par la législature nécessitent une convention des médecins des

trois comtés de Saint-Hyacinthe, Rouville et Bagot, qui auront droit à un seul gouverneur dans le nouveau bureau médical.

Vous êtes donc cordialement invité à une assemblée générale des médecins du district qui se tiendra à Saint-Hyacinthe dans la salle du bureau d'enregistrement, jeudi le 10 janvier prochain.

Cette réunion sera une excellente occasion pour nous de faire renaître de ses cendres la société médicale du district de Saint-Hyacinthe ou d'en fonder une autre s'il y a lieu.

Les différents districts de la province de Québec, sont à s'organiser et la fondation d'une société médicale est le désiratum du progrès de la confraternité et de l'amitié qui doivent exister entre tous les membres de notre noble profession.

Comptant sur votre concours distingué,

J'ai l'honneur de me souscrire,

Votre tout dévoué confrère,

J. C. S. GAUTHIER, M. D.

P. S. — Veuillez me donner le nom des médecins pratiquant dans votre localité.

QUESTIONS ET REPONSES

1° Quelles sont les différentes manières de doser la quantité de sucre dans les urines, et les procédés les plus rapides et les plus efficaces à employer dans la pratique journalière ?

JEAN E.

R. — Il existent divers procédés pour doser la quantité de sucre dans les urines ; nous mentionnerons que les principaux et les plus rapides :

a) *Par la liqueur de Fehling.* — Cette méthode, dite *méthode des gouttes*, est basée sur le fait que 10 c.c. de la liqueur de Fehling sont réduits par 5 centigrammes de glucose.

“ Supposons, dit le Dr Bagné, l'auteur de ce procédé, que vingt gouttes de liqueur titrée soient exactement décolorées par une seule goutte d'urine. Cela veut dire, évidemment, quel que soit le volume employé, que le poids de sucre capable de réduire une certaine quantité de liqueur est contenu dans un volume d'urine vingt fois moindre que celui du réactif que cette quantité de sucre est capable de saturer. “ Donc, 10 centigrammes de sucre qui, d'après la définition même de litrage de la liqueur, satureront 20 c. c. de réactif, sont évidemment contenus dans 1 c. c. d'urine. Il en résulte qu'une urine possédant le pouvoir réducteur que nous venons de lui supposer, contient par litre autant de fois 10 centigrammes de sucre qu'il

“ y a de centimètres cubes dans un litre, c'est-à-dire “ 10,000 centigrammes ou 100 grammes. Cette proportion de 100 grammes par litre exprime donc la teneur en glucose d'une urine capable de saturer le réactif dans la proportion d'une goutte pour 20, mais imaginons maintenant qu'il faille employer non plus une goutte mais 5, 10, 11 gouttes d'urine pour réduire les 20 gouttes de liqueur. Il en résulte évidemment que les urines correspondantes sont 5, 10, 11 fois moins riches en sucre que celle dont on n'employait qu'une goutte.... De là la règle suivante : *Compter dans un tube à essai 20 gouttes (ou même 18) de liqueur titrée, porter à l'ébullition et ajouter l'urine par gouttes jusqu'à ce que la décoloration soit complète. Diviser par le nombre de gouttes employées le chiffre invariable de 100 : on obtient en grammes et en centigrammes la proportion de sucre par litre.*”

Cette méthode est excellente et rapide et donne également des résultats très exacts.

b) Par la déviation de la lumière polarisée par la solution de sucre. — Cette méthode, basée sur l'emploi de *polarimètres*, demande un certain matériel, un temps assez long, et est d'un maniement délicat. Nous ne nous arrêterons pas à la description de ces divers polarimètres qui tous donnent des résultats absolument exacts ; le plus employé d'entre ces instruments est le *polarimètre à pénombre*, à lumière monochromatique jaune.

c) On peut fixer, approximativement, la quantité de sucre dans une urine reconnue, à l'examen qualitative, comme diabétique. On multiplie les deux derniers de la densité par 2,33, et le produit par le volume total de l'urine (en litres). Du chiffre obtenu, on réduit les quantités suivantes :

Pour	3 litres d'urine	70 grammes.
“ 4 “ “	“ “ “	85 “
“ 5 “ “	“ “ “	100 “
“ 6 “ “	“ “ “	115 “
“ 7 “ “	“ “ “	130 “
“ 8 “ “	“ “ “	145 “
“ 9 “ “	“ “ “	160 “
“ 10 “ “	“ “ “	175 “
“ 11 “ “	“ “ “	190 “
“ 12 “ “	“ “ “	205 “
“ 13 “ “	“ “ “	220 “
“ 14 “ “	“ “ “	235 “

Ex : une personne excrète 6 livres d'urine et celle-ci possède une densité de 1,034. Cette urine donnera (2,33 x 346) — 115 — 360 grammes de sucre.

3° Le bacille d'Eberth est-il un des hôtes habituels de l'intestin ?

4° Dans l'administration du calomel, beaucoup de médecins recommandent à leurs malade de ne pas boire d'eau froide, ni se laver à l'eau froide. Ces précautions sont-elles absolument nécessaires ?

Travaux Originaux

LA PANNICULITE ET LA CELLULITE PELVIENNE EXTRA-GENITALE OU JUXTA-OSSEUSE.

Clinique gynécologique, à l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur de gynécologie à l'université Laval ;

Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, etc.

Nous passons, maintenant, messieurs, à cette malade couchée au n° 49. Elle présente plus d'un point qui va nous intéresser.

Comparez d'abord sa figure avec celle de la malade au n° 47, une chloro-anémique souffrant d'une gonococcose, avec périarthrite du genou et périnévrise sciatique ; et avec celle du n° 50, atteinte d'une septicémie légère, compliquée, cependant, d'une parotidite infectieuse. Celle-ci est colorée, animée, et respire la vie, malgré qu'il y ait déjà cinquante jours qu'elle est internée à l'hôpital. Son pouls et sa température sont normaux. Elle ne paraît pas souffrante, malgré qu'elle ait des douleurs.

Elle s'est présentée ici le 27 septembre dernier, se plaignant de douleurs et de pesanteurs dans le ventre et le bassin ; elle ne pouvait se serrer la taille, ses vêtements la fatiguaient : elle était pire aux époques menstruelles avant l'apparition de l'écoulement, mais se sentait soulagée par la perte sanguine. Son désordre date de six mois — de son dernier accouchement. Ses douleurs, habituellement ne sont pas très vives : malaise, pesanteurs ; parfois quelques accès aigus. Elle n'a pas de perte blanches. Sa miction ne présente rien de spécial. Depuis son accouchement, elle souffre pendant le coït, profondément, dans le bassin. C'est une personne nerveuse.

Elle a eu trois grossesses. Cette femme a 22 ans, et elle s'est mariée à 19 ans. Ses grossesses ont présenté peu de chose d'anormal, si ce n'est qu'elle a eu la grippe pendant les deux dernières. Les accouchements et les suites de couches ont été naturels. Elle n'a jamais eu de fausses-couches, et s'est toujours bien rendue à son temps.

Il n'y a jamais eu de complications septiques locales ou générales. Elle s'est toujours levée du 3ième au 6ième jour.

Les enfants sont petits et malades : le second a été cyanosé pendant quinze jours après sa naissance. La

dernière, malade et souvent couverte d'érythème, est morte ces jours-ci, de la coqueluche.

La mère n'a pas nourri la dernière du tout ; elle a allaité les deux premiers pendant trois mois.

C'est pendant sa dernière grossesse qu'elle a commencé à ressentir des pesanteurs dans le bas-ventre et c'est de ce temps que date son malaise actuel, qui quoiqu'il ne soit pas continuellement violent, empêche cette femme de cultiver de voir à sa besogne.

Dans son passé on relève les faits suivants : Elle a toujours eu assez bonne santé ; souffrait de dyspepsie et de constipation. Sa menstruation s'est établie à treize ans, normalement et il n'y a guère eu de perturbation sérieuse depuis. Elle n'a jamais souffert de sa vessie. La constipation l'a toujours fatiguée. Chez elle, on ne relève pas de traces de syphilis acquise ou héréditaire ; on ne trouve pas non plus de stigmates de blennorrhagie. Elle n'a jamais présenté de symptômes de lithiase urinaire, hépatique ou intestinale.

Sa famille. — Son père vit : il a 68 ans, est toujours faible et malade depuis dix ans : douleurs aux jambes, avec plaies, ainsi qu'aux bras.

La patiente ne peut donner plus de renseignements et ceux qu'elle fournit sur l'état de santé des autres membres de la famille sont aussi incomplets.

Sa mère est vivante, à l'âge de 57 ans. Toujours malade depuis une douzaine d'années : mal de matrice, paraît-il.

Elle a 3 frères et 2 sœurs qui vivent. Le frère aîné, âgé de 18 ans, souffre d'une maladie des os, chronique, avec suppuration. Sa sœur aînée, avant son mariage, avait des pertes de connaissance, sans convulsions, jusqu'à dix ou douze fois par jour : depuis qu'elle est mariée — elle ne tombe plus. Cette sœur est très nerveuse.

Deux enfants sont morts en naissant, de cause inconnue ; puis est née sa sœur aînée, puis un autre enfant mort en venant au monde ; la patiente vient en cinquième.

On ne peut retracer de tuberculose, de cancer ou autres maladies héréditaires chez les ascendants ou chez la malade.

Etat à son admission. — L'abdomen de cette personne présentait au toucher une sensibilité assez prononcée : la paroi était flasque et en soulevant et en pressant un pli de la peau, comme vous me voyez faire actuellement, elle éprouvait une vive souffrance. Le tissu sous-cutané n'était pas d'une consistance uniforme : dans la région périombilicale à droite, on percevait une *galette*

sous-dermique très sensible au palper : ailleurs, vers la région appendiculaire du même côté, des *noyaux durs* étaient perceptibles sous la peau. Le côté gauche du ventre était bien moins douloureux et le tissu sous-cutané moins infiltré.

Le palper des muscles de l'abdomen, surtout les droits, ne révélait pas de sensibilité.

Pour toute affection intra-pelvienne ou intra-abdominale, on trouvait une rétroversion simple non compliquée. Aucune trace de paramérite, de cellulite intraligamentaire, d'annexie ou de varices perceptibles au toucher. Aucune hyperesthésie génitale.

Mais ce qui frappait c'était la sensibilité très vive qui était réveillée par le palper des parois du bassin. Cet examen, fait comme vous me le voyez faire ce matin était des plus douloureux et le devenait davantage en certains points (au sacrum, sur les rameaux ascendants du pubis, en arrière de la symphyse pubienne). Ce palper n'intéresse, comme vous le voyez, nullement les organes proprement-dits du bassin ; j'y ajoute le toucher rectal. La douleur que la malade éprouve encore est tout près des os ; il n'y a pas et il n'y a pas eu d'empâtement des tissus ; il n'y a pas de tissus enflammés, dans le voisinage. Le palper que je fais vis-à-vis des trous sacrés ne donne lieu à aucune sensation anormale. L'exploration de la région appendiculaire ne fournit aucun symptôme positif.

À l'extérieur, je trouvai une légère insuffisance vulvaire, caractérisée par une lacération périnéale sous-muqueuse au second degré : un peu de tendance à la colpocèle, et voilà tout.

À quoi avais-je, donc, affaire ici. À la paroi de l'abdomen, je retrouvai d'une façon assez nette, les caractères de la panniculite. Il fallait cependant faire le diagnostic d'avec certains autres états similaires, ou pouvant donner réveil à des symptômes identiques presque. Ainsi, il fallait éliminer le rôle de la myite des muscles abdominaux, ou un état chez eux ressemblant à celui trouvé dans le tissu cellulaire ; il ne fallait passer sous silence l'adipose douloureuse, ou maladie de Dercum, et les ptoses viscérales ; je ne devais pas oublier les points de hernie ou les épiplocèles dans des endroits peu ordinaires (de Petit, de Spigel, épigastrique, etc.).

J'éliminais la myite parce que les muscles n'étaient pas douloureux au toucher et nullement tendus : les droits étaient relâchés : il n'y avait aucune défense musculaire pathologique.

En ce qui regarde l'adipose douloureuse, il n'y avait pas de tendance à la polysarcie, à l'abdomen pendant.

Malgré un examen des plus attentifs, je n'ai pu constater de ptose dans aucun organe (rein, foie, colon). La malade n'accusait plus de barre épigastrique, lors de l'examen : le point de Reynier (costo-marginal gauche) le point épigastrique, et le point costo-marginal droit (hépatique) ont tous trois fait défaut, ainsi que les symptômes gastro-intestinaux usuels de la gastro-entéroptose. Son malaise n'était pas soulagé par le décubitus dorsal.

Nulle part il n'y avait de trace de hernies.

J'étais, donc, justifiable de poser le diagnostic de *panniculite*.

Il me restait le bassin. La rétroversion était évidente. Rien autre chose aux organes génitaux proprement-dits. Peut-être la possibilité de la présence de varices du ligament large. Mais, cependant, la malade ne laissait voir nulle part ailleurs aucun signe de troubles vasculaires.

Occupons-nous un instant à considérer les signes que j'ai déjà mentionnés comme existant du côté des parois du bassin : cette sensibilité spéciale réveillée par la pression, tout près des os (*juxta-osseuse*). Il pouvait être question ici de pelvi-cellulite ordinaire : cependant la température, le pouls, l'histoire de la malade, l'intégrité du reste du bassin, le caractère spécial de la douleur réveillée par la pression — tout cela semblait exclure cette possibilité. La névralgie — excluant les symptômes subjectifs — pelvienne ou la périnévrite des nerfs sacrés était exclue par l'exploration directe des trous sacrés et des nerfs qui en sortent. Il me restait, donc, une affection spéciale ayant les caractères suivants : douleurs révélées par la pression à travers le vagin et à travers le rectum, dans le tissu immédiatement situé en-dessous du péritoine tapissant les limites du bassin, douleurs générales en quelque sorte, mais présentant certains points plus sensibles ; chez cette malade surtout sur les rameaux du pubis, sur le sacrum, derrière la symphyse pubienne. Nulle part on ne constate d'empâtement du tissu pressé. Il s'agit ici, donc, d'une lésion du tissu cellulaire sous-péritonéale, près des os : voilà pourquoi je l'ai qualifiée de *cellulite* ou de *panniculite, juxta-osseuse* ; et qui n'intéresse pas directement les organes génitaux du bassin, d'où le terme *extra-génitale*.

Pour résumer, il s'agit chez cette femme d'une *rétroversion simple*, d'une *cellulite juxta-osseuse, extra-génitale* et d'une *panniculite de la paroi abdominale*.

Je ne puis, aujourd'hui, entrer dans la pathogénie

de ces affections intéressantes pour le praticien, et je passerai au traitement.

Et d'abord pour la panniculite. Le traitement comme vous le savez, sans doute, c'est *le massage*. Il est de la plus haute importance au point de vue du traitement de faire le diagnostic de cette maladie : il est très important de ne pas oublier que cette affection peut exister très souvent en même temps que des lésions diverses du bassin ; et alors, si on ne la recherche soigneusement — elle et la cellulite juxta osseuse — elle passera inaperçue. On pratiquera une opération, souvent dans le but de calmer des souffrances, et on sera surpris de voir que la malade souffre tout autant après l'intervention ; on aura enlevé des organes malades ou peu lésés, c'est vrai, mais on aura laissé échapper la lésion principale, cause des douleurs dont se plaignait la malade. Et le traitement de cette affection est si simple, ne demandant que de la persévérance et un peu de technique.

Le massage peut être fait par la malade elle-même. Il doit être méthodique : on prend avec les deux mains un repli de la peau, en commençant vis-à-vis le cœcum, et l'on pétrit avec une douce pression, en rapport avec la douleur réveillée, pendant quelques instants le tissu sous cutané. On remonte ainsi graduellement le long du colon ascendant transverse et descendant ; on termine par un massage périombilical. Ce traitement doit être répété tous les jours et peut être suivi d'onctions à la lanoline chaude. Il convient que la patiente reste au repos, couchée, pendant une demi-heure après chaque séance. Comme la malade est souvent constipée, cette malaxation de la peau trouve encore son indication, surtout pratiquée, comme je viens de le dire, dans le sens du mouvement peristaltique de l'intestin. Le port d'une bande en flanelle aide. Les badigeonnages à la teinture d'iode et les fomentations chaudes sont d'un certain secours, mais tous sont inférieurs au massage bien fait.

Voilà le traitement que j'ai donné à notre malade depuis son opération.

J'ai opérée notre patiente et voici pourquoi. Sa rétroversion et son insuffisance vulvaire sont une étape d'un prolapsus génital commençant, mais non compliqué. C'est une personne qui sera toujours exposée à travailler rudement : je devais prévenir la production d'une descente complète avec tous ses ennuis chez une personne de son état social. J'ai préféré faire une hystéropexie à une vaginofixation, croyant cette première plus radicale et plus durable.

C'est ce que j'ai fait le 22 octobre. Le ventre ouvert je n'ai trouvé absolument rien autre chose que la rétroversion simple ; aucune trace d'inflammation annexielle ou péritonéale ou d'infiltration sous-péritonéale ; pas de varices intra-abdominales. Sachant qu'il existait de la cellulite juxta-osseuse, je n'ai pas fait de sympathectomie abdominale, comme j'en ai l'habitude lorsque cette affection n'est pas présente, qu'il n'y a pas de lésions annexielles visibles et les personnes souffrent et que je crois pouvoir rapporter la cause de cette souffrance à une perturbation du grand sympathique abdominal.

Tout s'étant passé d'une façon bien normal, j'ai fait commencer le traitement de la cellulite juxta-osseuse quinze jours après l'intervention. Encore ici le massage est le traitement de choix. Deux ou trois fois par semaine, l'interne du service ou la garde-malade fait ce massage et après chaque séance introduit dans le vagin un tampon léger, recouvert d'une pommade d'iodure de potassium à base de lanoline. Le massage est un massage circulaire très doux et passant trois ou quatre fois à la même place : les deux doigts de la main gauche introduits dans le vagin massent les deux tiers antérieurs et latéraux du bassin : l'index dans le rectum, complète cette opération sur le tier postérieur.

Comme traitement complémentaire, la malade reçoit tous les jours soit une douche vaginale, soit une haute injection rectale.

Ce traitement durera quelques semaines et j'espère que nous arriverons à faire recouvrer la santé entière à cette pauvre invalide.

Coq-à-l'âne médicaux.

La syphilis héréditaire. — D'après Diday et Smith (cités par Dawbarn, in *Am. J. Der. Gen. Urin. Dis.*) les symptômes les plus fréquents de la syphilis héréditaire seraient les suivants :

1. Aspect de petit vieux et coloration terreuse de la peau. L'enfant peut naître gros et devient bientôt syphilitique d'apparence.
2. Le cordon ombilical est extrêmement épaissi et paraît gonflé ; il est souvent très long et se détache lentement. Ces caractères sont le résultat d'une endophlébite oblitérante de la veine ombilicale.
3. Pemphigus syphilitique. — Létalité presque

4. L'éruption la plus commune est l'érythème. Les nodules apparaissent sur l'abdomen et les parties génitales, roses, puis cuivrés. La maladie fait son apparition environ trois semaines après la naissance. Les taches développées sont de la grandeur de l'ongle de l'enfant. Plus tard ces syphilides deviennent polymorphes et plus irrégulières que celles de la syphilis acquise.

5. Les condilômes apparaissent souvent à bonne heure et aux jonctions muco-cutanées, ordinairement à l'anus.

6. Le coryza est fréquent et est très suspect.

7. Les plaques muqueuses, les ulcérations et plus tard les gommages du larynx sont cause d'enrouement.

8. Les plaques muqueuses sont fréquentes et se retrouvent sur toutes les muqueuses.

9. La stomatite et la pharyngite sont presque constantes — l'ulcération survenant plus tard.

10. L'adénopathie n'existe pas toujours.

11. Les hémorragies et les taches ecchymotiques ont une valeur diagnostique. Hémorragie d'une muqueuse ulcérée ou en apparence saine.

12. La " pneumonie blanche de Virchow ", dont le diagnostic se fait post-mortem, est due à une dégénérescence graisseuse de l'épithélium vésiculaire. Dans les cas plus anciens on trouve de la pneumonie ou des gommages. Des symptômes pulmonaires peu de temps après la naissance sont suspects.

13. L'hépatite interstitielle, les gommages ou la dégénérescence amyloïde du foie est commune. Il n'y a jamais de jaunisse.

14. La splénomégalie se voit dans la plupart des cas et possède une grande valeur diagnostique.

15. La cornée " verre dépoli ", la kératite, l'iritis, la choréïdite, la rétinite et la névrite se voient ; la kératite est des plus importantes.

16. L'otite moyenne, associée à d'autres symptômes, à sa valeur.

17. L'alopécie suggère la syphilis.

18. L'orchite indolore est rare, mais quand elle existe vaut beaucoup.

19. Les névroses — chorée, épilepsie, paralysie — se montrent tardivement.

20. L'ostéochondrite des diaphyses et des jonctions épiphysaires des os longs est un symptôme précoce et fréquent.

21. Plus tard et plus caractéristique est la périostite dont un des signes est les nodules de Parrot.

22. La dactylite syphilitique, symétrique et multiple.

23. Ongles en griffe.

24. Sortie hâtive des dents, de mauvaise couleur et avec une tendance à la carie. Venir au monde avec des dents serait de mauvaise augure.

25. Les dents de Hutchinson. Incisives supérieures avec encoches, en " cheville ", et " tourne-vis ". Ne se voient que dans les dents permanentes. La triade de Hutchinson : dents à l'emporte-pièce, cornée " verre dépoli " et otite moyenne.

26. Irrégularités dans le développement des os : hypertrophie, asymétries, nez ensellé, retroussé, tibias en lame de sabre.

27. Stigmates.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Angine de poitrine et diabète.

par M. Brunat (Thèse de Paris).

M. Brunat admet, avec Vergely et nombre d'auteurs, l'existence d'une angine de poitrine diabétique.

Sa symptomatologie est difficile à différencier de celles des angor pectoris survenant dans d'autres états morbides. Les phénomènes concomitants du diabète permettent seuls de reconnaître la nature des accès angineux.

La pathogénie des angines de poitrine diabétiques est des plus complexes. M. Brunat invoque trois causes capitales.

1° L'artério-sclérose, fréquente chez les diabétiques, qui détermine l'apparition de l'angine par le rétrécissement des artères coronaires, par l'ischémie organique du myocarde ;

2° Les névroses, hypochondrie, neurasthénie, hystérie, que l'on rencontre souvent chez les diabétiques, névropathes pour la plupart, et qui peuvent donner naissance à des névralgies, sans altération organique des nerfs du plexus cardiaque.

3° Enfin la dyscrasie sanguine, la présence dans le sang des diabétiques de principes anormaux, toxiques et irritants, du glucose en excès, de l'acétone, de substances chimiques encore mal connues, qui peuvent produire des altérations organiques ou dynamiques des nerfs du plexus

cardiaque, de la même façon qu'elles produisent des névrites périphériques.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Embolie pulmonaire et phlébites.

(Soc. méd. des hôp.)

A propos d'une communication de M. Merklen sur l'embolie pulmonaire et les poussées phlébitiques tardives, une longue et instructive discussion s'est élevée au sein de la Société, discussion à laquelle prirent part MM. Siredey, Rendu, Triboulet, Barth, Antony, Launois, etc., et que l'on a décidé de prolonger dans la séance prochaine, où l'on traitera plus particulièrement de la conduite à tenir au cas de phlébite.

Voici, résumés, les deux faits qui ont conduit M. Merklen à entamer le débat.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une phlébite puerpérale à début embolique, avec état subfébrile prolongé en envahissement progressif des deux membres inférieurs ; le malade succomba en quelques heures, à une dernière embolie asphyxiante, le vingt-deux ou vingt-troisième jour après le commencement de ses phlébites.

Dans le deuxième cas, la mort subite survint environ cinq semaines après le début d'une phlébite, secondaire à un traumatisme, avec épanchement sanguin du mollet. Le malade avait eu aussi des embolies précoces avec congestion pulmonaire, dont les suites furent simples, malgré leur gravité apparente. Mais un léger état subfébrile, avec température vespérale à 37°8 seulement des troubles digestifs réapparurent onze jours avant la mort subite. Ce devait être le prodrome d'une poussée latente et tardive de phlébite iliaque, cause de l'embolie ultime.

Au cours des phlébites, les embolies pulmonaires sont donc ou précoces ou tardives ; celles du début sont généralement bénignes, parce qu'elles sont dues à la migration de caillots petits, développés dans les veinules, encore friables et peu adhérents ; celles de la fin, au contraire, sont graves et presque toujours mortelles parce que ce sont des grosses embolies dues à la mobilisation du caillot thrombotique d'un tronc veineux important ; elles sont attribuées, selon toute vraisemblance, à la rupture de l'extrémité libre ou centrale du trombus, avant sa complète organisation. Ne peut-on pas supposer — c'est l'opinion que M. Merklen croit fondée d'après l'étude de deux observations précitées — que ces embolies tardives sont dues à des poussées secondaires et tardives de phlébite latente dans une grosse veine, avec formation de coagulations volumineuses nouvelles, non immédiatement adhérentes, aussi facilement mobilisables que celles de la phlébite commençante ?

D'après M. Rendu, il y a trois faits très distincts

dans cette question des phlébites : 1° les phlébites à début embolique comportent presque toujours un pronostic bénin ; 2° les embolies tardives dans les phlébites sont extrêmement dangereuses ; 3° dans toutes les phlébites, le pronostic le plus dangereux est aux environs de la troisième semaine ; c'est le moment où le caillot tend de soi-même à se désagréger, c'est le moment où, loin, par la thérapeutique, de hâter cette désagrégation, il importe de l'empêcher par tous les moyens. A cette question de savoir si la veine peut spontanément se désobstruer, la réponse est bien nette. Quand un malade a une phlébite, si une embolie survient, et si le malade survit, on voit très rapidement tous les phénomènes qui caractérisaient la phlébite et en particulier l'œdème, disparaître, preuve que le caillot, cause de tout le mal, a quitté complètement la place qu'il occupait.

A côté de ces faits, il en est d'autres que rappelle M. Barth, où il y a organisation du caillot, par bourgeonnement embryonnaire à l'intérieur du vaisseau, établissement d'une circulation collatérale, etc. Dans ces cas, la phlébite disparaît très lentement ; il faut des mois, des années pour que l'œdème ait complètement disparu.

(Gaz. des hôp.)

CHIRURGIE

Pathogénie des adénites tuberculeuses externes.

La question qui se pose est celle-ci : les adénites tuberculeuses relèvent-elles ordinairement d'une infection locale partie d'une porte d'entrée externe, par où le bacille de Koch aurait pénétré dans l'organisme ? Ou bien les ganglions ne seraient-ils, le plus souvent, qu'une localisation secondaire d'une tuberculose viscérale en voie de généralisation. M. G. Bouvet qui a pu se rendre compte des phénomènes par des expériences personnelles pense que les adénopathies tuberculeuses périphériques sont le plus souvent des tuberculoses locales relevant ordinairement d'une infection du système lymphatique, consécutive à une lésion bacillaire externe, patente ou larvée, ou même à une effraction momentanée du tégument ou des muqueuses, grâce à laquelle le bacille peut pénétrer dans l'organisme sans laisser de trace de son entrée (adénopathies primitives) ; que plus rarement, au contraire, elles constituent des localisations secondaires, qu'elles soient reliées à des adénopathies internes commandées par une lésion viscérale ou qu'elles reconnaissent pour origine une embolie bacillaire par voie sanguine au cours d'une granulie.

(La vie médicale)

Emploi du sulfhydrate de calcium comme épilatoire chirurgical.

par M. RAYNAUD.

L'auteur publie quelques détails sur l'emploi d'un épilatoire qui peut rendre des services dans certaines circonstances particulières : c'est le sulfhydrate de calcium qui, pour les opérations gynécologiques en particulier, peut être d'un emploi beaucoup plus commode que le rasoir.

Cette substance se prépare de la manière suivante. Additionner deux parties de chaux fraîchement éteinte et décarbonatée et trois parties d'eau ; dans le lait de chaux résultant de ce mélange, faire passer un courant d'hydrogène verdâtre dont l'odeur très spéciale se rapproche de celle de l'hydrogène sulfuré avec une pointe rappelant l'odeur de la plante de basilic.

Ce produit n'est nullement caustique et peut être manipulé sans aucune crainte ; il ne salit pas les mains, à moins qu'elles n'aient été souillées d'un sel comme d'un sel de mercure dont le métal est précipité par l'hydrogène sulfuré.

Il craint la lumière, mais surtout le contact de l'air, dont l'acide carbonique chasse l'hydrogène sulfuré et transforme le sulfhydrate en carbone inactif. Donc il faudra le conserver dans des flacons teintés et bien bouchés.

Le mode d'emploi est des plus simples. Avec une spatule, le manche d'une cuillère, le pavillon d'une sonde cannelée, etc., on étale sur la région à épiler une mince couche de pâte, d'un millimètre à peu près d'épaisseur. On peut, si les poils sont très développés, les couper d'abord aux ciseaux ; mais cette précaution est inutile et il suffit de veiller à ce que la région soit bien entièrement enduite jusqu'à la peau. On attend cinq minutes ; puis, avec de l'eau tiède et un linge, ou un tampon de coton, on lave en frottant un peu. La peau reste entièrement glabre, mieux rasée que par le meilleur rasoir et le plus habile barbier.

La composition n'exerce sur la peau aucune action caustique. Chez toutes les femmes sur lesquelles elle a été employée, on n'a jamais eu à noter la moindre rougeur consécutive à son emploi, ni la moindre cuisson pendant l'application.

La repoussée des poils se fait normalement au bout de quelques jours comme après l'usage du rasoir. il n'y a pas à craindre d'épilation définitive.

Le sulfhydrate de chaux a, en outre, l'avantage de décaper fortement la peau. A l'hôpital, où nous sommes souvent appelés à opérer d'urgence sur les individus malpropres, une telle qualité n'est pas à dédaigner et facilite singulièrement l'asepsie du champ opératoire.

On peut l'utiliser ainsi dans des cas où il fait réellement merveille chez des individus atteints de phthyrus et ses derniers retranchements sont détruits, sans danger pour le destructeur, sans crainte de retour.

Il y aurait lieu aussi de l'expérimenter dans les maladies de la peau. Dans les affections cutanées des régions pileuses il est souvent bien difficile de se débarrasser des poils qui empêchent d'apprécier exactement les lésions et d'appliquer les topiques utiles. On pourrait, semble-t-il, faire quelques essais dans ce sens.

(Marseille méd. — Gaz. des hôp.)

BACTERIOLOGIE.

Méthode simple et pratique pour le diagnostic bactériologique de la diphtérie.

(O. CASAGRANDE).

On commence par préparer le milieu suivant :

Urine (D — 1020).....	100 grammes.
Glycérine.....	6 —
Peptone ou extrait de viande Liebig.....	1 —

On le fait bouillir une heure et, après refroidissement, on le passe sur un filtre de papier et on le distribue dans des éprouvettes stérilisées.

On prépare, d'autre part, des tampons de coton hydrophile, montés sur une baguette de verre ou de bois, qu'on trempe dans du blanc d'œuf, dilué à moitié avec de l'eau distillée.

Quand ils sont imbibés, on les met dans des éprouvettes vides, mais de façon qu'ils ne touchent pas les parois. A cet effet, on applique du coton à l'orifice de l'éprouvette, et à travers ce coton on fait passer le bâton de verre. On le stérilise ensuite par la vapeur d'eau à 100 degrés. L'albumine se coagule alors et transforme le tampon en un morceau cylindrique solide blanc.

Au lit du malade, on apporte au moins deux tampons ainsi préparés et on les introduit dans la gorge.

Avec un des tampons on prépare le spécimen soumis à l'examen microscopique et la substance retirée par l'autre tampon est mise dans un tube contenant le liquide qui sert de terrain de culture.

(Rassegna internazionale della medicina moderna.— Arch. gén. de méd.)

Nouvelle méthode de recherche du bacille de Koch dans les crachats

Ce procédé, récemment communiqué par MM. de Lannoise et A. Girard, est basé sur l'action dissolvante qu'exercent à froid sur le mucus bronchique les hypochlorites alcalins, et en particulier l'eau de javelle.

L'expectoration est jetée dans environ 10 fois son volume d'eau de javelle diluée au tiers, et agitée de temps en temps énergiquement.

Le dégagement du chlore qui se produit dissout le mucus et les globules de pus en quinze ou vingt minutes. Le liquide est légèrement troublé par les éléments figurés en suspension. On les laisse déposer vingt-quatre heures dans un verre conique, ou mieux on centrifuge dans un seul tube en plusieurs opérations et en décantant chaque fois. On réduit à 2 ou 3 centimètres cubes de liquide chloré, qu'on additionne de 5 ou 6 gouttes de solution de potasse ou de soude normale (40 grammes NaOH ou 56 grammes KOH par litre). Le chlore est ainsi transformé en NaCl. Il est inutile de chauffer ; la réaction est immédiate.

On remplit le tube d'eau stérilisée et on centrifuge une dernière fois.

L'eau est décantée, et enfin on étale le dépôt sur des lamelles, on sèche, on fixe à la flamme et on colore comme d'habitude par la méthode de Ziehl et d'Ehrlich.

(Arch. gén. de méd. — Gaz. des hôp.)

Maladies nerveuses

La médecine légale des aliénés en Italie.

par le Dr PAUL MOREAU (de Tours).

I. Le Dr Francesco del Greco dans son étude sur : *Les délinquants paranoïques homicides*, range en trois groupes les délinquants paranoïques homicides qu'il a observés dans le manicomme de Nocera :

1° Les paranoïques délinquants qui, ayant accompli une peine de longue durée en prison, ont manifesté durant cette période des signes non douteux de folie ; actuellement internés au manicomme, ils ne se présentent pas tant comme aliénés que comme atteints d'un affaiblissement notable des facultés.

2° Ceux qui diffèrent des premiers par le seul fait d'avoir eu une aggravation de leur maladie mentale pendant leur incarcération, jusqu'au point de toucher à la démence ; associant aux idées de persécutions d'autres idées délirantes, généralement absurdes, et quelques vagues idées de grandeur.

3° Les paranoïques qui, immédiatement après le crime étaient déclarés irresponsables et enfermés au manicomme.

De cette étude, qui repose sur huit cas, l'auteur conclut :

1° Les délinquants paranoïques sont des individus fortement dégénérés chez lesquels on trouve de nombreux caractères anthropologiques, somatiques et fonctionnels morbides, dégénératifs et ataviques ;

2° Chez eux, la psychopathie n'affecte aucune forme spéciale, mais présente, suivant les cas, les allures les plus variées ;

3° Chez ces individus, le caractère criminel se com-

plique du processus paranoïque ;

4° Chez les délinquants paranoïques en qui prédominent les idées de grandeur, il existe manifestement de la déchéance mentale, et leurs tendances sociales sont moins coordonnées et moins actives ;

5° Ce fait, spécialement connu chez ces aliénés peut s'appliquer aux autres, et à peu près à tous les délinquants atteints de psychopathie. La folie est un processus qui attaque et désagrège tout dans l'intelligence ;

6° Pour ceux chez qui la folie n'est pas très avancée et qui ont été de longues années au bagne, tous présentent les stigmates psychiques des criminels : ils font le désespoir des asiles. Le milieu du bagne a complètement développé les plus mauvais côtés de leur caractère ;

7° Les individus chez lesquels la délinquance s'est manifestée tardivement en même temps que le processus psychopatique, et qui, à peine le délit commis, ont été reconnus irresponsables et conduits au manicomme, présentent moins développés les stigmates psychiques du criminel ;

8° Le caractère chez les délinquants se complète surtout par leur esprit perpétuel de discussion dans lequel ils vivent avec la société et par leur façon de s'entendre entre eux ;

9° D'ailleurs, chez ceux dans lesquels les stigmates du caractère délinquant sont moins développés, on constate toujours le caractère sombre et coléreux. Ils manifestent le plaisir de la vengeance, la frigidité affective, l'orgueil et l'impulsivité ;

10° Tous les homicides paranoïques observés présentent un fond de tempérament commun qui, d'après Lombroso, serait un tempérament épileptoïde ;

11° Le délire et l'acte délictueux proviennent d'un même fond de dégénérescence mentale. Le premier peut suivre un cours isolé, ou bien fournir quelques éléments à la genèse et à l'explication du second ;

12° Le processus paranoïque accélère en beaucoup de cas la perversion du caractère, que l'on remarque chez les délinquants. Il a une influence variée sur l'acte délictueux, principalement sur la disposition plus ou moins grande à tuer. La tendance atavique existe à l'état latent dans le tempérament individuel et semble indispensable pour qu'un paranoïque devienne homicide.

(à suivre)

GYNECOLOGIE

La dysménorrhée et son traitement.

(HAULTAIN.)

On peut définir la dysménorrhée, la douleur accompagnant la menstruation, causée par elle, et assez forte pour arrêter la malade dans ses occupations. Règle générale, la douleur est locale et pelvienne. La dysmé-

norrhée est toujours pathologique et trouve sa cause dans l'état anormal des organes. Il s'agit d'inflammation ou d'obstruction, quelquefois des deux réunies. L'inflammation peut être localisée à l'utérus ou aux annexes; l'obstruction dépend de l'utérus.

Dans l'obstruction, le sang qui s'échappe des capillaires est gêné dans son écoulement : l'obstacle peut être un spasme momentané, une sténose congénitale, une flexion de l'organe, une tumeur. L'utérus distendu par le sang coagulé ou non, qui ne peut s'écouler, se contracte; d'où la douleur.

Quand la douleur est causée par un état inflammatoire, elle est due à la congestion qui se produit avant la menstruation dans des organes déjà enflammés. L'écoulement du sang amène dans ce cas un soulagement.

Au point de vue clinique, on peut considérer la douleur menstruelle et la douleur prémenstruelle.

Dans l'obstruction, la douleur existe pendant l'écoulement ou immédiatement avant.

Dans l'inflammation, la douleur la plus forte est pendant la période de congestion qui précède l'écoulement. Si l'inflammation est limitée aux annexes, la déplétion causée par l'apparition de l'écoulement sanguin amène un soulagement considérable. La dysménorrhée tubaire ou ovarienne est donc généralement nettement prémenstruelle.

Si l'inflammation siège dans l'utérus, la douleur, quoique prémenstruelle, peut se prolonger pendant toute la durée des règles, soit à cause des contractions douloureuses de l'utérus, soit à cause de l'obstacle apporté au libre cours du sang par la muqueuse épaissie. De même l'endométrite compliquée d'ovarite donne lieu à un type combiné de dysménorrhée prémenstruelle et menstruelle.

La dysménorrhée menstruelle, causée par l'obstruction, est de beaucoup la plus fréquente à l'origine : 10% ; mais peu à peu l'élément inflammatoire s'ajoute à l'élément obstructeur et la dysménorrhée devient prémenstruelle.

Quant au traitement de la dysménorrhée, la dilatation soit lente, soit rapide, la discission du col, le redressement des flexions donnent presque toujours de bons résultats. On y joindra le curettage et les injections vaginales chaudes s'il y a de l'endométrite.

Quant au traitement médical, il est de bien peu de valeur si on lui demande autre chose qu'un soulagement momentané. La plupart des médicaments employés ont de mauvais effets sur la santé générale ou créent des habitudes difficiles à guérir d'alcoolisme ou de morphinomanie.

Dans les états congestifs et inflammatoires, les calmants, comme les bromures, le gelsémium, le camphre, l'hydrastis, combinés aux applications chaudes, aux bains de siège et aux révulsifs, donnent de bons résultats.

La dysménorrhée étant fréquente chez les jeunes filles, l'auteur envisage la question de l'examen local et

du traitement dans ce cas particulier. Il est d'avis que la question de sentiment doit disparaître devant les souffrances et la gêne apportées à l'existence par lady's ménorrhée. Il a l'habitude d'examiner ces malades sous le chloroforme, et, séance tenante, d'appliquer le traitement reconnu nécessaire.

Dans tous les cas, il est bon de conseiller le repos un ou deux jours au moment des règles dans les débuts de la menstruation, et de favoriser le développement général des jeunes filles par l'exercice et la vie au grand air, contrairement aux habitudes actuelles qui les tiennent trop enfermées à cette époque de la vie.

(La Gynécologie. — J. de méd. de Paris)

QUESTIONS ET REPONSES

2° Quelques médecins emploient le cataplasme dans presque toutes les inflammations ? N'ont-ils pas tort ?

Z.

R.— Le cataplasme s'emploie dans tous les cas où il y a congestion, comme dans les phlegmons en général, l'adénite, le panaris, et aussi dans la bronchite capillaire, dans la pneumonie, la pleurésie, la péritonite, etc. Il est aussi très utile dans le lumbago, la sciatique, la pelurodynie, l'eczéma aigu, l'éryzipèle, etc.

Quoique son usage tend à diminuer, il est reconnu cependant que le cataplasme procure le plus souvent un soulagement très marqué, surtout dans les inflammations d'organes profonds.

Pour tout ce qui regarde les QUESTIONS ET REPONSES, s'il vous plaît de bien vouloir s'adresser à M. le Dr Pierre Bédard, Délorimier, P. Q.

FORMULAIRE

TERREURS NOCTURNES, INSOMNIES CHEZ LES ENFANTS.

(ELLIS.)

Brom. de potassium....	0.10 centigrammes.
T. jusquiame du codex.....	10 gouttes.
Sirop simple.....	15 grammes.
Eau.....	10 —

A prendre en une seule dose au moment du coucher.

(J. de méd. de Paris.)

Travaux Originaux

Evidement prealable et hemisection mediane antero-posterieure dans un cas de fibrome intra-ligamentaire enclave et d'uterus fibromateux.

par M. T. BRENNAN, M. D.

*Professeur de gynécologie à l'université Laval ;
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, Montréal, etc.*

(Extrait d'une clinique).

La malade que nous allons opérer ce matin, mes-sieurs, est âgée de 40 ans. Son histoire, en quelques mots, est celle-ci : Elle s'est présentée dans le service pour des difficultés qui gênent la défécation et la miction et cela depuis plusieurs années. Ces troubles se sont accentués petit à petit, à tel point que depuis le mois de mai dernier — et nous sommes en novembre — la plupart du temps il lui a été impossible d'uriner sans cathé-ter. Elle est constipée et éprouve de la difficulté à aller. Elle n'a jamais eu d'hémorrhagies utérines. Sa mens-tuation n'a jamais été dérangée ; elle a toujours été régulière, sans se rendre à ses quatre semaines : l'écou-lement durait deux ou trois jours, pas plus. Jamais de dysménorrhée. Depuis le mois d'août dernier, elle n'a pas été menstruée. Elle est fille ; pas en enceinte, n'a jamais cohabité. Elle n'a aucun écoulement vaginal. C'est surtout depuis février dernier qu'elle souffre plus. Elle a un peu d'œdème aux jambes. Voilà son bilan gé-nital.

C'est une tuberculeuse ; elle tousse depuis l'âge de 5 ou 6 ans, suites d'une coqueluche ; à 20 ans elle a eu une pleurésie, elle ne sait de quel côté ; elle a déjà eu des hémoptysies à différentes reprises.

Son père vit, il a 79 ans, et c'est un tousseux depuis des années ; sa mère est morte à 44 ans, épuisée par une soi-disante pleurésie qui a duré quatre mois et pendant laquelle elle a craché et toussé beaucoup. Elle a trois frères et quatre sœurs, qui tous souffrent des poumons et qui toussent : un frère est mort à 26 ans, d'une inflam-mation de poumons.

Sa température et son pouls oscillent autour de la normale. L'examen de ses crachats n'a pas révélé de bacilles de Koch, malgré que les symptômes disent tu-tuberculose.

Au toucher vaginal, nous avons trouvé une tumeur dure, assez lisse, sans rénitence, absolument fixée —

enclavée — dans le bassin. L'utérus est refoulé en haut et à gauche, tout près du pubis ; il est un peu augmenté de volume, et semble un peu mobile sur la tumeur, qui origine dans, ou en arrière du ligament large droit, passe en arrière de la matrice, et se prolonge du côté du ligament large gauche.

Nous diagnostiquons un fibrome sous péritonéal rétro-utérin enclavé. La malade est fatigué de souffrir et demande l'opération. Nous la lui accordons.

Nous ne pourrions discuter ici, aujourd'hui, tous les points intéressants de ce cas : nous y reviendrons ail-leurs.

Nous opérons sur une tuberculeuse pour un fibrome enclavé. Que ferons-nous ? Peut-être une simple myo-mectomie, peut-être une hystérectomie abdominale to-tale : nous verrons.

Le ventre ouvert, nous nous trouvons en présence d'un fibrome rétro-utérin enclavé dans le petit bassin, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme ; il est inti-mement accolé à l'utérus, semble avoir originé dans le ligament large, s'être développé vers et en arrière de l'utérus et s'être propagé du côté du ligament large gauche ; ou bien, et s'est possible, il s'est formé et ar-rrière de l'utérus et s'est accru de chaque côté, sous le péritoine, vers les ligaments larges. Comme nous ne pouvons sortir cette tumeur du bassin, sans beaucoup de délabrements pour le péritoine, parceque la masse est absolument sous-péritonéale, ayant soulevé et décollé celui-ci au devant d'elle, et qu'ainsi elle nous ferait courir le risque de manquer de péritoine pour refaire la voûte du petit bassin, une fois la tumeur extraite, nous préfé-rons employer une autre technique, qui nous a déjà servi dans un cas un peu semblable il y a plusieurs années passées.

Nous parler de l'hémisection médiane de la tumeur sa bascule en arrière et son enlèvement en deux moitiés, *par le bas*.

Ici nous aurions de difficulté à pratiquer de prime abord cette section et cette bascule, tellement la tumeur est soli-dement enclavée. Nous allons alors nous faire du chemin pour arriver à suivre cette technique avantageuse. Avec les tubes à évidement de Doyen, nous enlevons le cœur de la tumeur, jusqu'au vagin, surveillant les manœuvres avec deux doigts dans le vagin. Il ne nous reste qu'une coque épaisse, maintenant, et nous pouvons ramener sur la ligne médiane la matrice déplacée, que nous trouvons farcie de petits fibromes et qu'il ne sera pas question de conserver. Ayant introduit une sonde dans le canal cer-

vical, nous pratiquons une section de la paroi postérieure de l'organe, jusque dans le vagin, que nous ouvrons, par conséquent ; et en même temps nous fendons la partie antérieure de la coque néoplasique addosée à l'utérus. Une pince à traction sur chaque lèvre du col, nous permet d'attirer celui-ci en arrière et en haut, de couper l'insertion vaginal autour du cervix et de décoller l'utérus de la vessie en remontant. A mesure que nous faisons ce décollement, nous complétons l'hémisection antérieure de l'organe. La vessie est bientôt libre et nous avons deux moitiés d'utérus qui se laissent enlever très rapidement. Nous pourrions, maintenant, dans quelques instants, opérer la bascule et l'enlèvement de la tumeur de bas en haut et d'avant en arrière, voyant très bien ce que nous faisons et ménageant notre péritoine, nos urètres et le rectum. Il ne se fait qu'un peu de suintement que quelques compresses arrêtent pendant que nous refermons le péritoine par-dessus. Quelques ligatures sur les vaisseaux utérins et ligamentaires. La cavité, très grande laissée par la disparition de la tumeur, est pactée avec de la gaze stérile, dont les chefs sortent par le vagin. Le ventre est fermé sans drainage abdominal.

La malade ayant mal pris le chloroforme, il a fallu suspendre à plusieurs reprises le cours de l'opération. Elle est sous l'effet du choc, mais des injections intraveineuses de sérum et des piqûres hypodermiques de stimulants la raniment, et elle quitte la salle relativement bien.

Nous attirons votre attention, messieurs, sur cette technique que nous avons suivie dans ce cas, car elle est rapide, expose peu à l'hémorragie et à la blessure d'organes importants, comme l'urètre, la vessie, le rectum. Elle permet de refaire en entier le plancher pelvien en ménageant le péritoine. Nous avons pratiqué ici un évidement préalable de la tumeur au moyen des tubes de Doyen, puis une hémisection postérieure de l'utérus et antérieure de la coque de la tumeur, en troisième lieu le décollement utéro-vésical de bas en haut et l'hémisection médiane antérieure de l'utérus ; quatrième, l'enlèvement des moitiés sectionnées de l'utérus ; et en dernier lieu, l'extraction de la tumeur par la bascule postérieure.

Nous ajoutons, comme supplément que la malade quitte l'hôpital trente jours après l'intervention, sans avoir présenté aucune complication, et tout à fait bien en ce qui regarde l'abdomen.

Coq-à-l'âne médicaux.

Epistaxis. — F. W. Cobb (*Bos. Med. and Surg. J.*) rappelle le fait que la néphrite chronique s'accompagne souvent d'épistaxis chronique ; dans ces derniers cas il vaut mieux examiner les urines.

De l'emploi de la capsule surrénale dans les maladies des voies respiratoires inférieures. — Floersheim (*Med. Record*), dit : 1° La poudre surrénale est indiquée dans la bronchite aiguë et chronique, la bronchiectasie, l'asthme, la congestion et l'œdème du poumon, l'hémoptysie, et dans quelques cas de tuberculose pulmonaire, surtout lorsqu'il y a hémoptysie. 2° Mode d'administration : La poudre est donnée par trois grains en capsule ; la capsule est mâchée sans eau pendant quelques instants, puis elle est avalée. 3° L'action se manifeste dans l'espace de dix à quinze minutes. L'effet est habituellement temporaire, se maintenant de dix minutes à six heures ; parfois il a été permanent.

Le traitement de la fièvre typhoïde par une diète à la soupe et par les irrigations rectales. — A. Siebert (*Northw. Lancet*) rapporte son expérience de dix ans, basée sur 155 cas. A la suite d'une purgation initiale, les malades se trouvaient bien pendant 48 heures, de l'emploi de l'eau froide sans autre nourriture. Puis on administre des soupes à l'orge, à la farine d'avoine, au riz, aux pois, coulées, salées et poivrées. Un adulte prenait un demiard de soupe toutes les trois heures. A moins d'hyperacidité on administrait quinze gouttes d'acide chlorhydrique avant chaque repas, mais aucun autre médicament. Peu à peu on ajoutait un jaune d'œuf. De l'eau froide à volonté. Siebert a noté : 1. Que le délire, la céphalalgie, l'insomnie, la tympanite disparaissaient dans les 48 heures. 2. La tympanite, les nausées, les vomissements ne sont survenus chez aucun malade, même lorsque la pneumonie existait comme complication. 3. L'enduit de la langue disparaissait dans quelques jours. 4. L'appétit revenait souvent dès la troisième journée, même lorsque la température était à 102 ou 103 F. 5. Une diarrhée profuse (15 à 20 selles par 24 heures) disparaissait invariablement dans la première semaine. 6. Dans les cas non compliqués, la température commençait à baisser en dedans des 48 heures, et était toujours à la normale avant 12 jours. 7. Dans les cas déjà compliqués de pneumonie, de néphrite, ou de phlébite avant l'application du traitement, la température restait en rapport avec la marche de ces maladies ; les désordres cérébraux, gastriques et intestinaux — à l'exception de l'anorexie —

cédaient facilement. 8. Les complications qui n'existaient pas au début, furent très rares, et firent leur apparition dans les deux premiers jours. 9. L'entérorragie n'a été notée que trois fois ; aucune terminaison fatale. Il n'y a pas eu de perforations.

Le cubitus endommagé. — Une petite dame, victime d'une glissade sur le trottoir, s'est légèrement foulé le bras.

Elle va trouver un médecin et lui exhibe un joli bras potelé que le docteur examine dans tous les sens.

Le docteur lui dit d'un ton magistral :

— Mademoiselle, il ne faut pas vous inquiéter, le radius est tout à fait indemne; votre cubitus est seulement un peu endommagé...

— Mon cubitus ! s'écrie la dame indignée. Taisez-vous, espèce de malhonnête ! (*Le Gaulois* — *Lyon médical*).

Taxes sur les stériles. — Pour agir contre la dépopulation croissante en France, le Sénat a introduit un projet de loi qui impose une taxe sur les célibataires des deux sexes, après l'âge de trente ans, et sur les ménages restés stériles après cinq ans de mariage et cela jusqu'à la naissance d'un enfant. (*Med. Record*).

La faradisation contre les métrorragies. — Philippot (*An. d'élec. biol.*) donne les conclusions suivantes : 1. La faradisation est la meilleure méthode pour le traitement des métrorragies. 2. Son champ d'action est plus étendu que celui de la galvanisation. 3. Elle arrête souvent l'écoulement sanguin après un petit nombre de séances, que l'on peut faire à des intervalles très rapprochés. 4. Son mode d'emploi est beaucoup plus facile. 5. Elle n'expose pas les malades aux suites fâcheuses qui sont à redouter de la galvanocaustique. 6. Elle est indolore et fait disparaître très rapidement la plupart des phénomènes subjectifs.

Leucoplasie buccale et syphilis. — Le professeur Fournier résume ainsi un travail sur ce sujet (*Gaz. hebdom. méd. et chir.*). La leucoplasie buccale est une affection presque exclusivement masculine (319 cas sur 324). 2. Elle dérive indubitablement de deux causes principales, essentielles en l'espèce, à savoir : la syphilis et le tabac. 3. Elle aboutit au cancer buccal avec une proportion de fréquence certainement bien supérieure à 30 p. c. des cas. 4. Alors même qu'elle sévit sur des sujets syphilitiques avec la syphilis pour cause indéniable, elle se montre absolument réfractaire au traitement dit spécifique de la syphilis. 5. Nosologiquement, elle rentre dans le cadre

des affections actuellement dénommées sous la rubrique d'affections parasymphilitiques. 6. Enfin, elle ajoute indirectement, de par son aboutissant usuel, le cancer buccal, un terrible appoint au pronostic de la syphilis, quantité de syphilitiques mourant du cancer buccal par l'intermédiaire de la leucoplasie.

Il paraît indiscutable que la leucoplasie buccale à une prédilection excessivement marquée pour les sujets affectés de syphilis, et de plus que l'usage et surtout l'abus du tabac constituent une prédisposition puissante à son développement.

Odeur fétide du cancer. — Cumston, de Boston (*Am. J. Nursing*) conseille pour faire disparaître des mains l'odeur nauséabonde des sécrétions cancéreuses : Térébène, huile d'olive, parties égales. Enduire les mains et enlever avec savon et eau.

Lavement stimulant, Cumston formule ainsi :

Poudre de camphre.....	8 grains.
Teinture de digitale	20 gouttes.
Jaune d'œuf.....	1
Eau distillée.....	7 onces.
Teinture d'opium.....	10 gouttes.

Huile de ricin aux enfants, (Cumston) :

Huile de ricin.....	1 drachme.
Sirop de séné.....	2 onces.
Sirop de citron.....	2 "

Pour une dose.

Lavement post-pératoire (Cumston) :

Térébenthine.....	4 drachmes.
Solution saturée de sel d'Epsom.	8 onces.
Eau.....	8 "
Glycérine.....	1 "

NIRM.

Revue des journaux

MEDECINE

De la tachycardie chez les tuberculeux.

par M. WATEAU (Thèse de Paris).

La tachycardie est un symptôme fréquent et précoce de la tuberculose. Elle existe en dehors de la fièvre, et de même que la fièvre, elle affecte des caractères cliniques différents, en rapport avec les causes variables qui la font apparaître.

Pour M. Wateau, il y a en effet divers ordres de tachycardies :

a) Tachycardie par compression du nerf vague. La compression est due soit à l'adénopathie trachéo-bronchique, soit à la médiastinite tuberculeuse secondaire.

Elle n'est pas fatalement accompagnée de lésions du nerf.

La compression se traduit par une paralysie du nerf vague, équivalant à une section expérimentale, d'où tachycardie permanente ;

b) Tachycardie par névrite du pneumogastrique comparable à celle des maladies infectieuses et des intoxications ;

c) Tachycardie réflexe d'origine stomacale, due à la fréquence de la dyspepsie chez les tuberculeux. Elle se produit soit directement par la voie centrifuge pneumogastrique, soit indirectement par la voie du sympathique dont l'excitation provoque le spasme des capillaires du poumon et secondairement la dilatation du cœur droit ;

d) Tachycardie essentielle, sans lésions, d'origine toxique, due à l'action du poison tuberculeux. Ce poison la provoque soit par action inhibitrice sur le pneumogastrique, soit par action paralytique sur les centres vaso-constricteurs, d'où résulte l'hypotension artérielle.

Il faut encore tenir compte de l'étendue des lésions pulmonaires qui exagèrent l'accélération du pouls ;

e) La tachycardie des tuberculeux cachectiques pourra être considérée comme un des symptômes de la déchéance générale de l'organisme ;

f) Accessoirement la tachycardie se trouvera dans la tuberculose du cœur (endocarde, myocarde, péricarde) ;

g) On l'a vue coïncider avec la sclérose tuberculeuse du corps thyroïde.

La tachycardie par compression est souvent bien supportée, mais elle peut être suivie soit d'accidents asystoliques, soit d'infections pulmonaires secondaires, tuberculeuses ou autres.

La tachycardie essentielle est ordinairement d'un mauvais pronostic. Lorsqu'elle est élevée, elle indique une forme à évolution rapide.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

CHIRURGIE

Contribution à l'étude des ulcères d'origine phlébique.

par DABASSE (Thèse de Paris).

Pour M. Dabasse, la phlébite des grosses veines (*phlegmatia alba dolens*) et surtout la phlébite des petites veines peuvent entraîner des ulcères dans un temps

plus ou moins éloigné. Indépendants des varices, de la syphilis et des autres causes connues, ils doivent être différenciés des ulcères étudiés par les auteurs et des ulcères phlébiques variqués mentionnés par M. Broca. La phlébite infectieuse étant leur cause efficiente, M. le professeur Fournier, se basant sur cette étiologie, les a dénommés ulcères phlébiques. Ils relèvent de la même pathogénie que les autres troubles trophiques phlébiques. Sous l'influence des troubles circulatoires et nerveux, une cause déterminante quelconque devient leur point de départ. Leur symptomatologie et leur évolution spéciales permettent de ne pas les confondre avec les autres ulcères de la jambe. D'un pronostic généralement bénin, ils sont parfois sujets aux récidives et deviennent alors d'une chronicité désespérante. En dehors de l'antisepsie, il n'y a pas de prophylaxie vraiment efficace. Le traitement médical suffit dans la grande majorité des cas. Les autoplastiques et les greffes ne seront indiquées qu'en présence de larges pertes de substance.

(Indep. méd.)

Étude clinique des hernies épigastriques et ombilicales.

par NOURY (Thèse de Paris).

Pour M. Noury, la hernie épigastrique est susceptible de suivre le trajet de la veine ombilicale, qu'elle peut entourer étroitement, et faire par conséquent son développement dans ce que Richet a appelé le canal ombilical. Cette variété est rare. Mais son existence tend à prouver que le canal ombilical n'est pas une simple vue de l'esprit et répond à une conformation anatomique vraie. Le diagnostic de la hernie épigastrique est souvent très difficile. On ne saurait trop recommander en pareil cas une exploration clinique minutieuse. La hernie épigastrique, dans la très grande majorité des cas, constitue une affection des plus douloureuses arrivant jusqu'à compromettre la nutrition du malade. Aussi peut-on établir en règle général : qu'à très peu d'exceptions près, toute hernie épigastrique est justiciable d'une prompt intervention. Quand à la hernie ombilicale, tant qu'elle ne présente que de faibles proportions, elle reste très supportable et n'occasionne que rarement des réactions douloureuses ; mais elle a une tendance naturelle à augmenter progressivement de volume. Aussi, la cure radicale reste-t-elle le mode de traitement le plus sûr et le plus efficace. Le procédé opératoire de choix sera celui qui permettra, d'une part une libération et une réduction simple et facile des viscères herniés, et d'autre part une restauration sérieuse de la paroi abdominale.

(Ibid)

Des exostoses infectieuses.

par le Dr JOSEPH LATOUR (Thèse de Lyon).

L'auteur est arrivé aux conclusions intéressantes que voici :

A côté des exostoses néoplasiques (ostéomes) et des exostoses tératologiques (exostoses de croissance), il existe un groupe assez complexe d'exostoses inflammatoires.

Les exostoses inflammatoires se subdivisent en deux grandes classes : les exostoses inflammatoires par irritation mécanique et les exostoses infectieuses.

Les exostoses infectieuses les plus communes sont les exostoses syphilitiques, rhumatismales, ostéomyélitiques, tuberculeuses. Il y a lieu d'ajouter à ces dernières celles que M. L. Dor a produites expérimentalement chez le lapin par injection intraveineuse ; cette variété est spécialement intéressante, par le fait qu'au lieu d'être petites et disséminées sur le squelette, elles sont volumineuses et localisées à la région juxta-épiphysaire, ce qui les rapproche des exostoses de croissance.

Le point de départ des cultures de M. J. Dor ayant été une malade atteinte d'une collection séreuse parostale, il résulte de ce fait que le microbe peut aussi se rencontrer chez l'homme. Des arguments tirés de l'anatomie pathologique permettent de penser que certaines exostoses humaines considérées comme ostéogéniques sont, en réalité, des exostoses infectieuses à rapprocher de celles que M. Dor a obtenues expérimentalement chez le lapin.

Il y a des observations cliniques qui cadrent mieux avec l'hypothèse de la nature infectieuse des exostoses qu'avec toute autre hypothèse, et nous pensons qu'en présence de toute exostose qui n'a pas nettement les caractères habituels des exostoses de croissance, il faut chercher une origine infectieuse, faire des cultures, et, à défaut de cultures, se baser sur l'examen anatomo-pathologique pour faire le diagnostic différentiel.

(Lyon méd).

Favus des parties glabres.

M. Tenneson présente une jeune fille parisienne qui est couverte d'énormes placards de favus disséminés sur tout le corps. Au point de vue du traitement, il fait remarquer que, à côté des formes superficielles, il existe aussi des formes de favus cutané, où le derme est envahi profondément, si bien que la curette pénètre dans un tissu mollasse comme celui du lupus ; dans ce cas les applications de teinture d'iode sont insuffisantes pour amener la guérison.

M. Besnier conclut, d'une enquête très minutieuse et très profonde qu'il a faite autrefois, que le favus n'existe pas à Paris, et que tous les cas qu'on y observe sont des cas d'importation. Il n'est, du reste, pas besoin d'al-

ler loin pour trouver des foyers ; aussitôt qu'on traverse les fortifications, on rencontre le favus ; la jeune fille qu'on vient de présenter a habité Pantin ; voilà ce qui explique la maladie ; si elle n'avait jamais quitté Paris, elle n'aurait pas de favus.

M. Moty dit avoir trouvé dans son propre appartement à Paris une souris favique.

M. Besnier concède que les rats et les souris sont en effet des propagateurs de la maladie ; mais jamais il n'a pu trouver de rat favique à Paris. Pour étudier expérimentalement cette affection, il a fait venir des rats faviques de Lyon ; mais, aussitôt mis en cage, ils se sont entre-dévorerés ; ceux qu'il avait enfermés avec des sains ont été dévorés par ceux-ci, de telle sorte que l'expérience n'a donné aucun résultat.

THERAPEUTIQUE**Du traitement électrique de la spermatorrhée.**

par D. COURTADE.

A. Dans quel cas doit-on appliquer le courant électrique ? On peut distinguer trois sortes de spermatorrhées.

1° Il existe une lésion locale, soit du côté de l'urètre postérieur, soit du côté de la prostate ou des vésicules séminales. Ces spermatorrhées sont du domaine du chirurgien et doivent être combattues par des moyens appropriés. Le courant électrique n'est indiqué que si, malgré la guérison de l'état local, la maladie persiste encore.

2° Il n'y a pas de lésion locale, mais il existe une affection organique du système nerveux cérébro-spinal. La spermatorrhée se rencontre, en effet, assez souvent dans l'ataxie locomotrice, au début des myélites chroniques, la paralysie générale, etc. L'électricité peut être ici employée avec fruit, surtout lorsque l'affection nerveuse est encore à ses débuts.

3° On ne trouve aucune lésion ni locale, ni du système nerveux. Ces spermatorrhées sont surtout d'origine neurasthénique. Elles doivent être soigneusement distinguées de la spermatorrhée par continence, dans laquelle les malades prennent pour un sperme toutes les sécrétions normales ou anormales dont leur canal est le siège. Le traitement électrique est ici tout puissant et arrive à guérir rapidement les malades.

B. Comment doit-on appliquer le traitement électrique ?

1° Il faut d'abord agir sur les centres génito-spinaux d'une manière directe et réflexe. Pour cela, on place au niveau des dernières vertèbres dorsales une plaque d'étain recouverte de peau de chamois et trempée dans de l'eau chaude. On prend ensuite un tampon de char-

bon recouvert de peau de chamois, et, après l'avoir mouillé, on électrise successivement, avec le courant faradique, le périnée, la partie supérieure des cuisses et les parties latérales de l'abdomen. Les intermittences doivent être rapides, et il est préférable de se servir, au point de vue réflexe, du courant faradique produit par la bobine à fil fin. Le pôle négatif sera mis en rapport avec le tampon, et le pôle positif avec la plaque dorsale. On peut aussi faire passer, aux mêmes endroits, un courant galvanique d'une intensité de 15 à 20 milliampères, avec interruptions et renversements fréquents.

2° Ce traitement pourra, à lui seul, amener la guérison. S'il n'était pas suffisant, il faudrait électriser directement les vésicules. Pour cela, la plaque restant toujours au niveau des dernières vertèbres dorsales, on introduira dans le rectum une électrode en charbon nu moyenne grosseur, semblable à celle employée pour électriser l'utérus, et on la mettra en rapport avec la face postérieure des vésicules séminales. On fera passer d'abord un courant faradique à intermittences lentes, en se servant de préférence du courant fourni par la bobine à gros fil, ou bien de l'extra-courant. Le pôle négatif de l'appareil sera mis en rapport avec l'électrode rectale.

On emploiera ensuite un courant galvanique d'une intensité de 10 à 15 milliampères. Il faut éviter de laisser passer ce dernier courant d'une manière continue; on doit, au contraire, faire des intermittences et des renversements fréquents et on changera chaque dix interruptions l'électrode de place. On empêchera ainsi la production d'escarres qui ne manqueraient pas de se développer si le courant passait trop longtemps à la même place et dans un seul sens.

On peut encore, au lieu d'électriser les vésicules séminales par la voie rectale, introduire une petite électrode en charbon dans l'urètre jusqu'au niveau du verumontanum, et exciter les orifices des canaux éjaculateurs, surtout dans le cas de spermatorrhée par atonie.

La durée total de la séance ne dépassera pas dix minutes et on fera trois séances par semaine.

3° Chez les neurasthéniques, qui forment la plus grande partie des spermatorrhéiques sans lésion, on se trouvera bien d'employer l'électricité statique sous forme de douches, vent es étincelles courtes sur la région dorsale.

(J. des praticiens)

Traitement de l'alcoolisme aigu par la digitale à haute dose.

(Jour. American Med. Asso.)

W. S. Loomis signale le fait, intéressant à noter, que l'on peut administrer sans danger, dans l'alcoolisme aigu une demi-once, à la fois, de teinture de digitale, quand dans la pratique courante, il est dangereux de se servir de cette drogue, même avec modération.

Les conclusions suivantes découlent de l'étude des cas traités de cette façon : 1) L'emploi, sans distinction de hautes doses (une demi-once) de digitale, dans le traitement de l'alcoolisme aigu, n'est pas sans danger. 2) Ce traitement réussit le mieux chez les sujets forts, vigoureux, jeunes, sans complications, ainsi que dans les cas de délire violent. Les patients se calment et s'endorment d'une manière plus sûre et plus prompte, que par aucune autre méthode connue de l'auteur. 3) Si aucun effet narcotique, ne suit ces doses, il faut en suspendre l'administration. 4) L'auteur n'a pas eu de succès dans l'alcoolisme chronique, ni chez les sujets d'âge moyen ou déjà vieux, ni chez les anémiques et les sujets souffrant d'une mauvaise nutrition. 5) L'un des effets les plus apparents du traitement c'est que le patient une fois sorti de son sommeil, se sent si bien qu'il peut immédiatement quitter l'hôpital.

D'ordinaire la convalescence se fait attendre deux ou trois jours.

DEROME.

Maladies nerveuses

La médecine légale des aliénés en Italie.

par le Dr PAUL MOREAU (de Tours).

(Suite)

II. Le Dr G. Sanna-Salaris, directeur du manicomme de Cagliari, dans son travail : *Nouvelles contributions à la casuistique de la médecine légale des aliénés*, étudie successivement : a) l'arrêt de développement psychique; b) la mélancolie; c) la paranoïa; d) la folie alcoolique; e) la folie épileptique.

a) Parmi les arrêts de développement, on compte l'imbécillité, cette condition morbide dans laquelle les fonctions psychiques sont défailtantes par arrêt de développement du cerveau dans l'enfance ou par suite de troubles apportés dans son évolution à la fin de la vie intra-utérine. Les imbéciles ont une difficulté plus ou moins grande à fournir des idées abstraites, et leurs pensées, leurs actions sont guidées par des désirs et des impulsions égoïstes qui ne sont pas réprimées par les notions de la morale. Il en résulte conséquemment que chez ces malades la conscience de la légalité et de la pénalité de l'action commise, par suite de leur libre détermination de la volonté, actes criminels, vols, incendies, attentats contre les personnes, homicides, auxquels se livrent les imbéciles, présentent l'impulsivité et l'inconscience et ne sont ni compris, ni voulus.

b) Par mélancolie, on entend cet état psychique caractérisé principalement par la dépression du sentiment affectif, le ralentissement de tous les processus psychiques et par la présence ou non d'idées délirantes et de

troubles sensoriels. Dans le cours de la mélancolie, alors que les malades pensent et voient tout en mal, quand ils sont incapables d'accomplir le moindre effort musculaire, restent des semaines et des mois immobiles, sans prononcer un mot, à un moment donné, par suite de l'accumulation de tant de souffrances, tout-à-coup jaillit une hallucination terrifiante plus forte et plus menaçante que les autres, pouvant déterminer à l'improviste une violente décharge motrice dite *raptus melancholicus*, qui, par son instantanéité, son impulsivité, contraste avec le caractère indolent habituel, révélant le trouble profond de la conscience du malade, qui ne conserve aucun souvenir de l'acte qu'il a commis, ou tout au moins ne laisse qu'un souvenir très vague et très incomplet.

La mélancolie a une grande importance au point de vue médico-légal ; elle incite, en effet, celui qui en est atteint aux plus épouvantables forfaits, causés par une anxiété précordiale, des sensations douloureuses ou des idées fixes et délirantes.

c) Parmi les affections mentales chez les dégénérés, on compte la *paranoïa*, affection chronique, incurable, avec prédominance de troubles intellectuels consistant principalement en idées délirantes et troubles sensoriels. Ces altérations peuvent frapper l'individu dès l'enfance (*paranoïa originaire*), ou se manifester tardivement, le cerveau étant complètement développé (*délire chronique à évolution systématisée*). Tant dans l'une que dans l'autre de ces variétés, spécialement dans la deuxième période de la *paranoïa* tardive, caractérisée par du délire de persécution et par la présence d'hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité général, comme dans le stade correspondant de l'autre forme de *paranoïa*, les malades tombent facilement en conflit avec les lois.

Les idées délirantes, les hallucinations et les illusions rendent le paranoïque incapable de tout contrôle, et de la connaissance du véritable état des choses ; elles sont pour lui le seul guide de ses actions.

Partant ainsi d'un principe faux et prenant l'illusion pour la réalité, il s'ensuit tout naturellement que le malade n'a pas la libre détermination de ses actes.

d) L'abus des boissons alcooliques est une cause fréquente de graves dangers pour le système nerveux central, soit directement, soit par les lésions dues à l'intoxication chronique. L'accroissement des maladies mentales, la multiplication des délits et des suicides sont en rapport direct avec l'usage abusif et progressif de l'alcool, dont l'action nocive sur l'organisme explique la diminution de l'énergie et de la volonté, et l'augmentation toujours croissante de la déchéance intellectuelle. L'ivrogne d'habitude est un malade qui étant donné l'affaiblissement de son énergie volitive, n'est plus en état de se retirer du gouffre où il court. Son trouble mental, ses hallucinations terrifiantes, son délire paranoïque (surtout d'infidélité conjugale), le poussent à commettre, inconsciemment et malgré lui, les infractions les plus diverses aux lois.

e) La grande majorité des épileptiques, outre leurs accès convulsifs, sont sujets, avant ou après l'accès, à des états psychopatiques transitoires ou continus qui consistent dans le changement du caractère et de l'intelligence, en troubles plus ou moins profonds de la conscience et en erreurs des sens.

Quand cette condition morbide se manifeste en dehors d'une attaque convulsive ordinaire, et même s'y substitue, on dit qu'il y a équivalence psycho-épileptique ; épilepsie psychique ou larvée, quand ces équivalents seuls dominent la scène, même pendant une série de plusieurs années, sans que, pendant ce temps, l'individu ait présenté de crises convulsives.

Le changement de caractère, comme la déchéance intellectuelle chez les épileptiques, peut arriver jusqu'à l'obtusion complète des sentiments moraux, à l'idiotisme à la démence ; les troubles de la conscience peuvent aller jusqu'à la stupeur, et les erreurs des sens consistent en illusions et hallucinations principalement visuelles et de nature terrifiante.

Les épileptiques tombent souvent en conflit avec la justice et commettent les crimes les plus épouvantables dans leur état de folie, avant ou après l'accès. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'action délictueuse est en rapport avec les troubles psychiques ; quand, sous l'empire des erreurs des sens, l'épileptique est poussé à commettre des actes de violence, les actes ne sont pas dirigés par une volonté réfléchie et consciente ; la liberté de la détermination n'existe pas : ces malades sont irresponsables.

(Ann. méd. psyd.)

CHAGNON.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau formulaire des spécialités pharmaceutiques, composition, indications thérapeutiques, mode d'emploi et dosage, à l'usage des médecins, par le Dr M. Gauthier, ancien interne des hôpitaux, et F. Renault, pharmacien de 1^{re} classe. 1 volume in-8 de 372 pages, cartonné. Librairie J.-B. Baillière et Fils 19, rue Hautefeuille, à Paris..... 3 fr.

Les spécialités pharmaceutiques sont de plus en plus ordonnées par les médecins ; le praticien y trouve un médicament facile à prescrire sans formule compliquée, sûr, toujours semblable à lui-même, et qui n'est pas exposé aux difficultés et aux erreurs de la préparation officinale.

Si le nombre des médicaments nouveaux augmente sans cesse, celui des spécialités croît dans une proportion bien plus grande encore, puisque, pour un médicament nouveau, il y a de suite plusieurs spécialités nouvelles.

Il devient très difficile au praticien de se reconnaître.

Il était donc utile de réunir, sous une forme scientifique et pratique, les données dont le médecin a besoin pour se guider dans son choix, et pour prescrire en parfaite connaissance de cause, selon les cas, un vin, un élixir, un sirop, des cachets, des pilules, etc.

Ce Formulaire comprend trois parties.

Dans la première partie, sont étudiées sous le nom des médicaments usuels, les spécialités répondant à la médication que le médecin a en vue; les auteurs donnent la *composition*, les *indications thérapeutiques*, le *mode d'emploi* et les *doses*.

Dans la deuxième partie, *Mémorial thérapeutique*, ils énumèrent les différentes spécialités qui répondent à chaque maladie.

Dans la troisième partie, *Mémorial pharmaceutique*, se trouve la nomenclature des spécialités et de leurs fabricants.

Ce Formulaire est précédé du commentaire que M. le professeur Cornil, rapporteur de la loi sur l'exercice de la pharmacie, a fait de l'article relatif aux spécialités pharmaceutiques. Ce commentaire met en lumière les difficultés inhérentes à cette question si complexe qui touche à la fois aux droits du fabricant et du détaillant, et surtout à la sauvegarde de la santé publique qui doit être particulièrement chère au médecin.

QUESTIONS ET REPONSES

3° Le bacille d'Eberth est-il un des hôtes habituels de l'intestin ?

R. — Remlinger et Schneder (Ann. Pasteur, 1er janvier 1897) ont démontré par des expériences très concluantes la présence du bacille typhique dans les matières fécales de personnes absolument saines et aussi dans certaines parties du sol; il deviendrait alors, comme le pneumocoque, comme le coli-bacille, un des hôtes habituels de notre organisme, où il vivrait à l'état de *microbisme latent*.

Cette doctrine, admise généralement aujourd'hui, explique ces nombreux cas de fièvre typhoïde, mis en dehors de toute contagion, et engendrant par la suite une épidémie des plus graves par transmission du bacille ainsi exalté dans sa virulence.

Mais quelles sont les causes, les influences qui donnent à ce parasite inoffensif de notre tube digestif, ce caractère de spécificité, cette virulence subite, au point de créer des lésions mortelles dans ce même milieu où il menait une vie apparemment banale ?

La réponse est difficile, et la science actuelle, pas plus que la science d'autrefois, ne peut donner des explications suffisantes.

Pour tout ce qui regarde les QUESTIONS ET REPONSES, s'il vous plaît de bien vouloir s'adresser à M. le Dr Pierre Bédard, Délorimier, P. Q.

FORMULAIRE

FORMULES DES BAINS MÉDICAMENTEUX.

Bain sulfureux.

Sulfure de potassium..... 60 grammes.
Eau chaude..... 45 litres.
Baignoires de bois, de zinc ou de fonte émaillée.

Bain gélatineux.

Gélatine..... 120 grammes.
Ajouter assez d'eau chaude, pour faire dissoudre et mêler le tout avec 20 litres d'eau environ.

Bain acide.

Acide nitrique..... 30 grammes.
Acide chlorhydrique..... 60 —
Eau chaude..... 60 litres environ.
Le bain préparé doit être dans une baignoire en bois. Durée dix minutes.

Bain alcalin.

Carbonate de soude..... 100 grammes.
Eau..... 60 litres.

Bain de glycérine.

Glycérine..... 150 grammes.
Gomme adragante..... 50 —
Faites bouillir dans un litre d'eau, ajoutez 20 litres d'eau chaude.

Bain arsenical.

Arséniate de soude..... 5 à 10 grammes.
pour un bain.
Peut être utile dans certaines dermatoses non aiguës, torpides et dans certains rhumatismes noueux.

Bain mercuriel.

Bichlorure de mercure..... 50 centigr.
Alcool..... 8 grammes.
Fau distillée..... 30 —
(J. de méd. de Paris.)

Contre la diarrhée infantile.

(J.-E. THOMPSON.)

Créosote de hêtre..... II à IV gouttes.
Oxyde de zinc..... 3 grammes.
Mucilage de gomme arabique. 60 —
Mêlez. A faire prendre à l'enfant par cuillerées à café, jusqu'à cessation de la diarrhée.
Agiter le mélange avant de s'en servir.

(J. de méd. de Paris.)

Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

Examen du contenu de l'estomac. — Bastedo (*Med. News*) dit que le repas essai le plus simple est un petit pain dur sans beurre, pris à jeun. Il devra être mastiqué lentement et avalé avec douze onces d'eau. Au bout d'une heure, on introduit le tube. S'il y a fermentation, il y aura de l'écume à la surface, et une odeur d'acide butyrique et d'acides gras. Le mucus peut être reconnu en le soulevant avec un fil de platine. On place dans une capsule en porcelaine 5 cc. du filtrat et on y ajoute une ou deux gouttes de la solution alcoolique à 1 p. c. de méthyl-amido azo benzol. S'il se produit une coloration cillet, s'il existe de l'acide chlorhydrique libre. On peut ensuite essayer le rouge de Congo. Soupçonne-t-on la présence de sang, on agit sur le liquide suspecte avec le réactif pour la recherche du sang : on ajoute de l'acide acétique glacial puis de l'éther ; on agite le mélange, on laisse reposer, on décante l'éther. A cet éther on ajoute quelques gouttes de gaiac et une quantité égale de peroxyde d'hydrogène. Une coloration bleu foncé indique la présence de sang. On ne doit pas se servir du tube, lorsqu'on soupçonne un ulcère de l'estomac. (*Med. Record*).

L'éruption de la scarlatine. — Le docteur J. F. Schamberg (*J. Amer. Med. Ass.*) donne l'étude intéressante qui suit : 1. La couleur varie suivant les sujets et à différentes époques de la maladie. A vrai dire elle n'est jamais écarlate et rarement d'un rouge-vif ; plus souvent elle est d'un rouge sombre, tendant vers le brun. 2° A part l'érythème, on voit assez constamment un pointillé, des vésicules, des papules chair de poule. 3° Les vésicules sont bien plus fréquentes qu'on ne le croit ordinairement ; elles sont abondantes parfois même dans les éruptions peu intenses. Le degré de desquamation semble être proportionné à l'abondance de la vésiculation. Cette dernière peut être tellement abondante que le médecin peut s'en laisser imposer. 4° La desquamation débute au sommet des vésicules desséchées, et par la chute de cellules poussiéreuses de la grosseur d'une tête d'épingle : il se forme des foyers irréguliers ou déchiquetés qui se fusionnent et agrandissent jusqu'à ce que toute la couche cornée soit tombée. 5° Histologiquement l'éruption de la scarlatine est une dermatite avec altérations profondes

et étendues du chorion. L'inflammation est plus intense autour des follicules pileux, qui fréquemment se désagrègent par suite d'une exsudation séreuse et cellulaire. Les vésicules siègent ou dans l'épiderme ou dans les parois des follicules pileux. La persistance de la desquamation et les propriétés contagieuses des cellules desquamées s'expliquent par la profondeur du processus pathologique dans la peau. (*Med. Record*).

Nouvelle cause de mort—à... baptiser ! — Un jour, à la campagne, nous passions, mon compagnon et moi, vis-à-vis d'une ferme bien propre. Mon ami me dit : "Tiens, regarde comme c'est joli, cette maison et ces champs ; celui à qui tout cela appartenait était un homme d'ordre et de progrès, mais, malgré tout, il est mort bien tristement et, paraît-il, au dire de sa vieille ménagère, dans des souffrances horribles. La bonne vieille, qui avait tenu sa maison pendant des années, le connaissait bien et lors de son décès, lorsque je lui demandai la cause de sa mort, elle me répondit en levant les mains et les yeux au ciel : " Mon Dieu, monsieur, pauvre homme, comme il a souffert ; et ce n'est pas surprenant, mourir comme ça ; que c'est triste, lui qui était si bon si gentile." Toi, médecin, tu aura une idée encore plus juste de ses souffrances, quand tu en sauras la cause ; peut être connais-tu un nom à cette cruelle maladie qui fait mourir si tristement ; si tu n'en connais pas, elle méritera d'être baptisée, j'en suis sûr ! Donc, comme j'insistais pour savoir de quoi ce malheureux était mort, la bonne femme me dit, voilant sa figure avec son tablier : " Monsieur, c'est bien de valeur de vous dire ça, mais vous connaissez la vie ; comme vous le savez, ce pauvre homme était vieux garçon, et..., ça coûte de dire ces choses, mais... il est mort... avec toute sa... famille... dans le corps ! Ah ! comme il a pâti ! " Et mon ami me dit tout bas : " Peut-être se faisait-elle des reproches ? "

Malin, va, lui répondis-je.

Endométrite douloureuse. — Sneguireff (*Arch. f. Gynak.*) signale une forme nouvelle d'endométrite, qui est caractérisée par des violentes douleurs dans les régions abdominales et pelviennes ; elle s'accompagne de troubles nerveux : neurasthénie, hystérie, épilepsie. Ce sont les phénomènes nerveux qui prédominent : céphalée abatement, irritabilité, etc. La douleur siège au fond de l'utérus et à l'orifice interne ; elle résiste à tout traitement. Les 5 points suivants seraient pathognomoniques : 1° au niveau du tubercule du pubis ; 2° à un travers de doigt au dessus ; 3° sur le côté interne de

l'épine iliaque antéro-supérieure ; 4° sur la lèvre externe de la crête iliaque ; 5° sur la face interne de la cuisse, au-dessous du pli de l'aîne. Le premier et le dernier de ces points seraient les plus importants. La sonde fait éprouver de fortes douleurs au niveau du col interne et lorsqu'elle vient en contact avec le fond de l'utérus ; même elle peut déterminer une crise hystérique ou épileptique. Le col est rouge foncé, fortement congestionné. Les malades éprouvent du soulagement lorsque leurs menstruations sont abondantes ; les sangsues sur le col produisent un effet bienfaisant. Quelquefois il y a une véritable sténose de l'orifice interne. L'utérus ne subit la plupart du temps aucune modification. Comme traitement, l'auteur conseille : la pose des sangsues dans la région coccygienne — la dilatation par les bougies de Hégar et le tamponnement de la cavité avec de la gaze iodoformée, à répétition, s'il y a lieu. (*Rev. gyn. et chir. abdom.*)

La chute des feuilles. — Une dame bien connue pour son esprit, passait devant une pharmacie ; le pharmacien, une ancienne connaissance, était à la porte. La dame s'arrête un instant pour regarder dans la vitrine. Elle semblait examiner un plâtre nu servant de démonstration pour le port d'un bandage herniaire. Après avoir salué le pharmacien, elle lui dit : " Mon cher monsieur, vous faudra bientôt voiler cette statue, car vous allez vous trouver en difficultés avec les autorités qui surveillent la morale publique."

" Comment, madame, je ne vois pas en quoi cette statue peut offenser la morale."

" C'est peut-être vrai maintenant ; mais c'est l'automne, et il faut compter sur la chute des feuilles ! "

Lupus vulgaris traité par les rayons X. — Le docteur J. T. Knox, de Cincinnati, a guéri radicalement un lupus qui avait envahi le nez, la lèvre supérieure, et perforé la cloison. La patiente était une fille de vingt ans. La guérison a été obtenue dans soixante-quatre séances, de six à dix minutes chacune, le tube placé de quatre à huit pouces de la lésion et le reste de la figure protégé par un masque. (*Med. Record*).

Incontinence d'urine chez l'enfant. — Le docteur Somways suggère un moyen original de traiter la forme nocturne de cette affection. Il couvre l'ouverture du méat urinaire avec une couche de collodion. La pression de l'urine ainsi réveille l'enfant. (*B. M. J.*)

L'insuffisance rénale. — Pour le chirurgien surtout il est de la plus haute importance de constater l'intégrité

du rein. Le réactif le plus délicat et le plus récent pour révéler l'insuffisance de cet organe serait la phloridzine. Caspar et Richter ont fait des expériences avec cet agent et ont trouvé qu'il produisait de la glycosurie. Dans le cas d'un rein normal, après une injection hypodermique, le sucre apparaît dans les urines au bout de trente à soixante minutes, et en quantité sensiblement la même, tandis que le rein malade en élimine une quantité bien moindre. Si l'organe est profondément lésé — néoplasme, pyonéphrose, néphrite grave — l'élimination du sucre serait minime ou nulle. Le degré de cette glycosurie, de l'élimination de l'urée et la concentration moléculaire de l'urine suivent une marche parallèle. (*J. Amer. Med. Ass.*).

Raison majeure :—

La veuve d'un paralytique,
Deux mois après qu'il eut les yeux fermés,
Malgré les mœurs et malgré la critique,
D'un autre hymen voulait former les nœuds.
Le magistrat qui reçut sa demande,
Scandalisé, lui dit : " Belle Normande,
" Quelle fureur ! Apprenez que les lois
" Veulent au moins un délai de dix mois.
" Ainsi calmez trop prompte fantaisie."
La veuve alors, sans se déconcerter,
Lui répondit : " On pourrait bien compter
Les huit mois de paralysie."

(*J. de la santé*).

Le congrès de la Havane. — Par suite de la présence de la fièvre jaune, ce congrès est remis au 5 février prochain.

Ah ! les malades. — Eh bien ! où en est votre rhumatisme au bras droit ?

— Parti, mon cher docteur. Pendant une heure je me suis frotté le genou gauche avec votre mixture et la douleur a disparu.

— Comment, le genou gauche ?

— Oui, cet exercice a rendu la souplesse à mon bras droit.

Le docteur à part. — C'est bon à savoir ! (*Marseille méd.*).

Les suppurations péri-urétrales. — L'Ecole de Necker, en montrant que la seule pathologie acceptable des infiltrations d'urine et de la suppuration péri-urétrale, était celle de l'infection, avait renversé l'ancienne théorie mécanique de Voillemier : rétrécissement de l'urètre, accumulation de l'urine en arrière de cet obstacle, effort

exagérés de la vessie et des muscles abdominaux pour le vaincre, éclatement de la muqueuse ulcérée en arrière de la coarctation et pénétration de l'urine refoulée dans les tissus. J. Cottet, dans un travail présenté à l'Académie de médecine, vient de montrer que les accidents sont dus à des germes strictement anaérobies (*micrococcus foetidus*, *bacillus fragilis*, *funduliformis*, etc.). Les microbes ordinaires de la suppuration ne provoquent pas la formation d'escarres, la production de gaz, la fétidité du pus, cette gangrène septique qui trop souvent caractérise l'infiltration d'urine. Non seulement ces anaérobies sont responsables des lésions locales, mais ils sont capables d'envahir la voie sanguine et de provoquer au loin des abcès métastatiques. Cette découverte éclaire d'un jour nouveau toute la doctrine des inflammations, et chacune d'elles devra être soumise à une révision rigoureuse. (*Bull. Acad.*)

Les anesthésiques urinaires. — Les docteurs Michon et Pasteau distinguent les anesthésiques purs (cocaïne, eucaïne, antipyrine) qui n'ont pas d'action sur la douleur spontanée des cystites et sur la capacité vésicale et s'ils calment un peu les douleurs provoquées par les instillations, s'ils doivent être utilisés dans quelques petites opérations sur l'urètre, ils échouent dans les opérations sur la vessie. 2. Les anesthésiques antiseptiques (galaïcol, goménol) qui agissent efficacement dans les cystites et ne sont d'aucun secours dans les opérations sur la vessie, où, seul, le chloroforme reste indiqué. (*Bull. Acad.*)

Si peur, si peur ! — Une brave femme malade attribue tous ces maux à une frayeur qu'elle a eue dans un accident de tramway.

— Vous avez donc eu bien peur ? demanda le médecin.

— Si, tellement peur, monsieur le docteur, que vous n'auriez pas pu faire passer une aiguille entre mes fesses ! (*Lyon méd.*)

L'hyperchlorhydrie et la morphine. — D'après Riegel, la morphine, quelle que soit sa voie d'introduction, augmenterait la sécrétion de l'acide chlorhydrique par la muqueuse gastrique. Dans les douleurs stomacales de l'hyperchlorhydrie, il faut lui substituer l'atropine. (*Sem. méd.*)

L'igazol dans le traitement de la phtisie. — Le professeur Cervello aurait obtenu de bons résultats avec ce nouveau médicament. Sur 55 malades soignés, 15 ont été guéris, 14 presque guéris, 10 améliorés, 5 aggravés,

1 est resté stationnaire et 10 sont morts. Sur les 15 guéris, 5 avaient une tuberculose débutante, 8 étaient des cas graves, 2 des cas très graves. L'igazol est une poudre blanche constituée, en grande partie, par du trioxyméthylène auquel sont associés différents corps volatiles et en particulier de l'iode. La meilleure manière de l'employer, c'est de s'en servir, le soir, avant de se coucher, de façon à dormir en respirant l'atmosphère médicamenteuse. Les malades supportent les vapeurs beaucoup plus facilement que les personnes saines ; ce fait pourrait aider au diagnostic précoce de la tuberculose. (*J. des praticiens*).

Darwinisme.—Lui.— Suivant Darwin, l'homme est descendu d'un singe.

Elle.—Et le singe, je suppose, est descendu d'un arbre !

NIBB.

Revue des journaux

MEDECINE

Hépatisme et diathèse biliaire.

(Soc. méd. des hôp.)

M. Glénard, en rappelant le récent travail de MM. Gilbert et Lereboullet, essaye d'établir qu'il y a une identité entre les idées soutenues dans ce travail et celles qu'il a exposées dans ses travaux sur l'hépatisme. Pour lui, la doctrine de l'hépatisme, basée sur les troubles objectifs du foie dans les dyspepsies, les névropathies et les maladies de la nutrition (dont il a cherché à prouver la parenté hépatique), serait très analogue à la doctrine de la diathèse biliaire. Il rappelle à ce propos la genèse de sa doctrine de l'hépatisme et ses recherches sur la néphroptose, l'entéroptose, l'origine hépatique des dyspepsies et des neurasthénies, la diabète hépatique alcoolique, etc., et montre l'extrême variété des affections qu'il groupe dans sa famille de l'hépatisme. Il signale, enfin, les déductions thérapeutiques qu'il a tirées de la notion de l'hépatisme.

MM. Gilbert et P. Lereboullet rappellent que, pour eux, il est un lien de parenté entre un certain nombre d'affections des voies biliaires ayant pour lésion commune l'angiocholécystite. A la famille ainsi constitué ils ont appliqué la désignation de famille biliaire (ictères acholuriques simples, cholémies anictériques, ictères choluriques, ictères splénomégaliques, cirrhoses biliaires, lithiase biliaire, splénomégalies méta-

iotériques). Afin d'expliquer le lien de parenté qui unit ces divers états morbides, lien tel que souvent ils alternent dans une même famille, MM. Gilbert et Lereboullet ont émis une double hypothèse : d'une part, celle d'une diathèse biliaire ; d'autre part, celle de l'origine auto-infectieuse commune de ces états morbides. Ils ont défini la diathèse biliaire " la prédisposition des voies biliaires à l'infection ". Aussi ont ils été surpris de voir M. Glénard soutenir, l'identité de l'hépatisme et de la diathèse biliaire. Sans doute, sous le nom de famille de l'hépatisme, cet auteur a groupé une série d'affections du foie ou de maladies de la nutrition, mais ces affections n'ont rien à voir avec les infections des voies biliaires (réserve faite de la lithiase que M. Glénard envisage non comme infection, mais comme maladie de la nutrition). Il n'y a donc rien de commun entre la parenté hépatique que M. Glénard cherche à établir entre les maladies de la nutrition et la parenté établie par MM. Gilbert et Lereboullet entre les diverses infections biliaires chroniques. Sa doctrine tend à montrer que l'hépatisme, trouble fonctionnel chronique du foie, est à l'origine des maladies de la nutrition ; il cherche avant tout à prouver, comme Murchison avant lui, la pathogénie hépatique des maladies de la nutrition.

Pour MM. Gilbert et Lereboullet, au contraire, les maladies du foie proprement dites, pas plus que les maladies de la nutrition, ne rentrent dans la famille biliaire ni n'ont, à leur origine, une diathèse biliaire. L'hépatisme cholémique de M. Glénard ne correspond pas aux faits étudiés par MM. Gilbert et Lereboullet, il n'y a là qu'une similitude de mots, et la division de M. Glénard, basée sur les troubles objectifs du foie et la sténose intestinale ne permet, en aucune façon, d'y faire rentrer les faits de MM. Gilbert et Lereboullet.

Les recherches de MM. Gilbert et Lereboullet, qui établissent l'existence d'une prédisposition familiale à l'infection biliaire chronique (diathèse biliaire) entraînant l'apparition d'une série d'infections biliaires reliées par ce caractère héréditaire et familial (famille biliaire) ne sanctionnent nullement les théories soutenues par M. Glénard. La famille de l'hépatisme ne comprend pas les mêmes affections que la famille biliaire ; la diathèse biliaire n'est pas l'hépatisme.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Perméabilité méningée à l'iodure de potassium au cours de la méningite tuberculeuse.

par MM. WIDAL, SICARD et MONOD.

Dans deux cas de méningite tuberculeuse nous avons pu déceler de l'iodure de potassium dans le liquide céphalo-rachidien, après ingestion de ce sel par les malades. C'est donc là une réaction élégante, facile à utiliser par le clinicien et qui renseigne sur les troubles de la perméabilité méningée au cours de la méningite tuberculeuse.

Ce nouveau symptôme vient s'ajouter aux deux autres symptômes que nous avons déjà décrits au cours de la méningite tuberculeuse : la présence de lymphocytes, et l'abaissement du point cryoscopique du liquide céphalo-rachidien.

(Indep. méd.)

L'infection hépatique par l'entérocoque de Thiercelin

par M. CHEVREY (Thèse de Paris)

On sait que récemment M. Thiercelin a décrit un germe saprophyte qu'il a isolé de l'intestin et auquel il a donné le nom d' " entérocoque ". Ce germe est susceptible de devenir pathogène et de donner naissance à un certain nombre d'affections du tube digestif et de ses annexes. Le microbe se présente sous les formes les plus variables : si, le plus souvent, il revêt la forme diplocoque, il peut également présenter un polymorphisme des plus remarquables et se montrer sous la forme de diplo streptocoque, diplo-bacillaire, strepto-bacillaire, etc.

Ses caractères morphologiques et ses propriétés biologiques lui donnent une place intermédiaire entre le pneumocoque et le streptocoque qu'il semble réunir.

M. Chevrey apporte une nouvelle et importante contribution à l'étude de ce micro-organisme dont il étudie le rôle pathogène dans certaines formes d'infection hépatique. Ce diplocoque a été déjà rencontré dans la cirrhose hypertrophique, dans l'ictère infectieux splénomégalique de Hayem, dans un cas de cirrhose hypertrophique avec abcès, M. Chevrey l'a trouvé dans 3 cas d'abcès du foie, de véritables hépatites nostras (soit seul, soit associée au coli bacille), et dans 1 cas de kyste hydatidique suppuré.

La présence de l'entérocoque à l'état de pureté ; sa virulence constatée, sa présence dans le sang et l'urine de ses malades lui font admettre que ces lésions étaient bien dues à ce germe auquel il fait jouer le rôle prépondérant dans ces hépatites.

L'origine intestinale de l'infection due à ce germe lui semble prouvée par les antécédents d'entérite que ses malades ont présentés au début de ces affections, aussi propose-t-il, par analogie avec le " foie appendiculaire ", l'expression de " foies intestinaux ".

Il s'agissait là de véritables hépatites nostras, M. Chevrey relate un certain nombre d'autres cas où les germes constatés par les auteurs étaient un streptocoque, soit même des diplocoques qui paraissent assimilables à l'entérocoque.

La stérilité dans le pus des abcès du foie lui semble devoir être une stérilité secondaire par disparition plus ou moins rapide des germes.

La symptomatologie de ces hépatites nostras est encore bien obscure et il n'existe pas de signe pathognomonique qui permette de les diagnostiquer.

La notion d'une infection intestinale antérieure, la saillie et la douleur souvent marquée au creux épigastrique, la réaction fébrile peu intense, sont des signes incertains; la ponction exploratrice permet, si l'on tombe dans le foyer, d'affirmer le diagnostic.

Il y a lieu de penser en clinique actuellement à l'existence de ces hépatites, plus fréquentes qu'on ne le pensait dans nos climats, et de les traiter comme toute collection purulente par l'incision chirurgicale.

(Ibid)

Des troubles de la sensibilité de la région épigastrique chez les dyspeptiques.

par M. RULLIER.

M. Ruillier, élève de Mathieu, montre l'intérêt qu'il y a à explorer l'état de la sensibilité superficielle et profonde de la région épigastrique chez les dyspeptiques.

Dans un grand nombre de cas, on provoque de la douleur par la palpation digitale profonde au niveau d'un point qui est sensiblement le même chez les différents individus.

Ce point est situé à peu près à distance égale de l'insertion de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane.

La douleur ainsi provoquée est variable suivant les individus et chez le même individu à des époques différentes. Mieux encore que la douleur spontanée, elle mesure l'intensité de l'irritation sensitive de l'estomac. Sa constatation peut fournir des indications utiles pour le régime alimentaire et la médication.

Lorsque la douleur est très accusée au point épigastrique, elle tend à s'étendre au pourtour, de façon à dessiner un diamètre assez restreint.

Chez les hystériques, le point épigastrique peut prendre les caractères d'un point hystérogène.

Le point épigastrique paraît correspondre, d'après les recherches de M. Roux, au tronc cœliaque et aux filaments nerveux allant du plexus solaire à l'estomac.

L'irritation de ces éléments nerveux reconnaît deux facteurs étiologiques: l'irritation des extrémités nerveuses et l'irritabilité névropathique des sujets.

Elle peut porter uniquement sur les terminaisons nerveuses dans l'estomac, mais dépendre aussi d'une cause éloignée, colique hépatique, ptoses abdominales.

Dans un certain nombre de cas, il y a endolorissement à la palpation profonde de toute la partie de l'estomac en rapport avec la paroi abdominale. Le plus souvent alors il existe un maximum douloureux au niveau du point épigastrique.

Dans la majorité des cas où l'on constate cet endolorissement étendu, en dehors de toute poussée aiguë ou subaiguë de gastrite, on peut songer soit à l'alcoolisme, soit à l'hystérie.

L'exploration de la sensibilité de la peau présente un grand intérêt au point de vue du diagnostic de l'hystérie.

Souvent on trouve de l'hyperesthésie ou de l'anesthésie cutanées au devant du point épigastrique douloureux.

L'hyperesthésie de la face antérieure de l'estomac s'observe aussi quelquefois à la suite d'efforts répétés et douloureux, de vomissements dans les crises gastriques tabétiques, dans les paroxysmes des sténoses du pylore, etc.

La localisation de la douleur à la palpation profonde peu quelquefois servir au diagnostic de lésions localisées de l'estomac: ulcère, cancer, périgastrite.

Ne sont pas hystériques seulement les hyperesthésies siégeant au niveau de la face antérieure de l'estomac, mais aussi celles qui contournent le flanc en forme de demi-ceinture, et gagnent la colonne vertébrale.

(Gaz.-hebd. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Destruction syphilitique du voile du palais.

par le professeur DIEULAFOY.

Je vous présente une jeune femme chez laquelle la luette et le voile du palais sont presque entièrement détruits. La lésion répond à ce que l'on désignait autrefois sous le nom de scrofulide maligne de la gorge. Pourtant on reconnaît aujourd'hui que dix neuf fois sur vingt ces scrofulides n'étaient que des syphilitides.

Presque toujours les malades sont de bonne foi en niant leur syphilis; ils l'ignorent, l'accident primitif a passé inaperçu, surtout quand il s'agit de chancre amygdalien ou de chancre du col utérin.

Pour ce qui est de notre malade, si on s'en tenait aux renseignements qu'elle peut donner, de parfaite bonne foi, il serait bien difficile de se prononcer. Comme elle n'a que 26 ans et que la lésion buccale remonte à six années, il se pourrait que cette syphilis fût héréditaire. Cependant, il y a sept ans environ elle a présenté divers accidents qui pourraient marquer chez elle le début de la maladie. A ce moment, en effet, elle a eu une paralysie faciale, douloureuse, particularité qui est assez fréquente dans la paralysie faciale syphilitique, et il est fort possible qu'il se soit agi d'une paralysie précoce de cette nature. La précocité, en effet, n'est pas rare dans la paralysie faciale syphilitique.

Son époque d'apparition la plus habituelle est au deuxième et troisième mois de l'infection; elle est même survenue au premier mois. Du reste, les accidents syphilitiques même les plus redoutables peuvent apparaître d'une façon tout à fait précoce, dès les premiers mois

de l'infection, et à cet égard il ne faut pas se cantonner trop exactement dans l'étroite nomenclature des accidents secondaires et des accidents tertiaires...

Le début de cette paralysie faciale syphilitique précoce est soudain, et d'emblée le nerf facial est paralysé dans toute son étendue : facial supérieur et facial inférieur. La paralysie ne s'installe pas d'une façon lente et progressive, on ne la voit pas débiter par la bouche pour gagner le lendemain, le surlendemain ou les jours suivants la joue et les paupières ; dès son apparition, ou peu s'en faut, la paralysie occupe tout un côté du visage. Le malade s'aperçoit que sa bouche est déviée et il éprouve en même temps quelque difficulté à fermer l'œil ; la salive s'écoule par la commissure labiale, tandis que les larmes s'écoulent sur la joue. En un mot, cette variété de paralysie n'est pas progressive ; d'emblée elle est générale à la façon de la paralysie faciale périphérique dite *a frigore*...

C'est une paralysie de ce genre que paraît avoir eu cette malade, marquant ainsi le début de sa syphilis ; mais, quoi qu'il en soit, ces lésions sont sûrement d'origine syphilitique, et si on les avait considérées comme telles au début, on aurait pu agir sur elles avec efficacité. Actuellement les lésions sont irrémédiables. Lorsque la perforation est très petite, il faut néanmoins donner le traitement, car si le processus syphilitique est encore en activité, on peut parfois obtenir une cicatrisation. L'huile biiodurée en injections est le meilleur procédé de traitement à employer ; mais lorsqu'il existe une destruction aussi étendue, il n'y a pas d'autre ressource qu'une opération chirurgicale ou plutôt encore un appareil prothétique.

(Correspondant méd.)

GYNECOLOGIE

Pathogénie et prophylaxie des genitalites féminines post-matrimoniales.

par M. GUIARD (de Paris).

On peut les diviser en deux catégories absolument distinctes :

Les unes sont *virulentes* et résultent d'une transmission conjugale qui a son point de départ dans la persistance, chez l'homme, d'une urétrite chronique. Celle-ci peut encore être gonococcique ; elle est alors éminemment contagieuse. D'autres fois, elle ne contient plus que des microbes variés sans gonocoques ; parfois même elle est aseptique ; dans ces conditions, il n'est pas absolument démontré qu'elle soit transmissible. En aucun cas cependant, il n'est prudent d'autoriser le mariage sans s'être assuré par des examens bactériologiques réitérés, notamment après les réactions hygiéniques et thérapeutiques en usage, qu'il n'y a plus à compter avec le gono-

coccisme latent, et sans avoir consciencieusement employé tous les moyens rationnels qui peuvent procurer la guérison radicale.

Mais on observe chez les jeunes mariées d'autres genitalités *non virulentes*. Ce qui fournit la preuve péremptoire qu'elles ne relèvent pas de la contagion, c'est : 1° que la recherche du gonocoque chez la femme soit dans la sécrétion urétrale, soit dans celle du col utérin, soit dans celle du cul-de-sac vaginal postérieur, est constamment négative ; 2° que l'examen direct du mari par les moyens d'investigation les plus méticuleux, alors même qu'il est pratiqué les plus près possible du début, ne permet aucune constatation suspecte ; 3° enfin, que les injections vaginales antiseptiques à base de sublimé sont incomparablement plus efficaces que dans les formes virulentes, à condition qu'elles soient utilisées sans retard.

Ces genitalités non virulentes ont pour facteur essentiel les microbes saprophytes qui pullulent normalement dans tous les vagins. Longtemps et parfois indéfiniment inoffensifs, ces agents sont néanmoins la grande cause des pertes blanches dont tant de jeunes filles sont affectées et aussi de la métrite des vierges qui n'est pas absolument rare. Mais, au moment du mariage, la congestion dont s'accompagnent inévitablement les premiers rapports, plus ou moins immodérés, favorise puissamment leur action pathogène et c'est ainsi qu'apparaissent les inflammations génitales que l'on appelait autrefois balistiques.

Pour les rendre impossibles, il suffit de détruire les microbes autochtones du vagin ; on y arrive aisément par des injections vaginales antiseptiques régulières, à base de sublimé. L'emploi de solutions variant de 1 pour 10,000 à 1 pour 5,000 est, quoi qu'on en ait dit, absolument inoffensif en dehors de l'état puerpéral, et suffisant à condition d'utiliser une technique spéciale. Il faut, en effet, que le liquide imprègne toute l'étendue des parois vaginales et, pour cela, qu'elle en produise le déplissement par la retenue intermittente du liquide que la constriction de la vulve, autour de la canule, empêche de sortir. Cette tension vaginale, pourvu qu'elle soit modérée, c'est-à-dire qu'elle ne mette en jeu qu'une différence de niveau de 1 mètre à 1 m. 25, entre le réservoir et le vagin, ne comporte jamais le moindre inconvénient.

Ces soins d'hygiène antiseptiques, s'ils étaient systématiquement employés chez toutes les femmes et les jeunes filles, seraient une garantie précieuse de santé pour leur appareil génital, empêcheraient nombre de leucorrhées interminables, et même de métrites chez les vierges, de genitalités chez les jeunes mariées, d'accidents inflammatoires graves chez les accouchées. Ils ont malheureusement contre eux des préjugés populaires invétérés et puissants dont il sera d'autant plus difficile de triompher que, de nos jours encore, il y a quelques grands médecins qui leur prêtent l'appui de leur autorité.

(Progrès médical).

PEDIATRIE

Crises de céphalalgie uricémique chez les enfants.

Ces crises, d'après le docteur Comby, seraient un accident précoce de la goutte héréditaire. Les sujets chez lesquels il les a rencontrés étaient tous fils de malades ayant eu ou ayant encore des accidents de goutte.

La céphalalgie chez ces enfants apparaît brusquement, sans cause occasionnelle le plus souvent. La douleur est intense, atroce parfois, au point d'arracher des cris de souffrance à l'enfant. La crise a une durée variable, quelquefois elle dure 15 à 20 minutes; d'autres fois à peine quelques secondes, elle passe alors comme un éclair.

Jamais elle ne s'accompagne de vomissements, pas même chez les enfants atteints antérieurement de dyspepsies. Quelques-uns des petits malades ont en dehors de leurs crises un peu de pyrosis, ce qui n'est pas bien étonnant, le pyrosis étant un des symptômes de l'uricémie.

Ces crises de céphalalgie uricémique sont périodiques. Il est des enfants chez lesquels elles reviennent régulièrement tous les mois, toutes les six semaines, tous les deux mois par accès qui durent 7, 8 ou 10 jours. Pendant ce temps la crise revient tous les jours à la même heure.

Dans l'intervalle de ces accès les enfants présentent souvent tous les signes d'une belle santé; ils sont forts, bien développés. Quelques-uns cependant présentent quelques autres accidents, résultats de l'uricémie, comme de l'eczéma, de l'arythmie cardiaque.

Pour le traitement, l'indication à remplir est de diminuer la quantité d'acide urique et d'urates qui se trouve dans le sang et dans l'urine du petit malade. Il faut avoir recours à une bonne hygiène, hygiène de la digestion, hygiène de la peau, hygiène du cerveau; aliments bien choisis, en quantité convenable, repas réguliers, grande sobriété, boissons aqueuses, bains, frictions, hydrothérapie, massage, jeux à l'air libre, exercices de gymnastique, repos du cerveau.

Comme traitement pharmaceutique, le docteur Comby conseille chez les enfants qui ont plus de six ans des prises de :

Bicarbonate de soude.....	20 centigr.
Magnésie calcinée.....	20 —
Poudre de noix vomique.....	3 —

Deux prises par jour, une le matin, une le soir, au commencement du repas.

Il conseille encore l'emploi de la lithine, sous forme de carbonate ou de benzoate de lithine qu'il prescrit à la dose d'autant de fois 2 centigrammes que l'enfant a d'années.

En somme, le traitement est uniquement celui de

l'arthritisme. Tout moyen thérapeutique visant spécialement le symptôme céphalalgie ne donne aucun résultat, et n'amène jamais la moindre sédation de la douleur. Dans cette affection, c'est à la seule cause qu'il faut s'adresser si l'on veut arriver à faire quelque chose d'utile.

(Lyon médical)

Aphorismes sur la première dentition.

Remarques cliniques, par le Dr H. PIERRON.

1° L'évolution dentaire apparente ne se fait guère que vers le quatrième mois de la vie extra-utérine.

2° Presque toutes les maladies inflammatoires du jeune âge sont dues à l'évolution dentaire.

3° Toute maladie inflammatoire ayant cette origine a pour caractéristique l'amygdalite concomitante.

4° Cette évolution est difficile et douloureuse lorsque la dent se développe dans l'alvéole et dilate les os de la mâchoire; c'est à ce moment que surviennent les maladies inflammatoires.

5° Après cette crise, il y a déjà rémission et pas de dent apparente.

6° Une dent sort après une seconde crise qui est occasionnée par la déchirure du périoste et de la gencive, déchirure très lente qui ressemble plutôt à de l'usure.

7° L'évolution dentaire se fait presque toujours dans l'ordre décrit par Troussseau.

8° L'évolution des canines est la plus douloureuse, non seulement elles écartent l'os qui les entoure, mais elles font leur place entre les incisives et les prémolaires.

9° L'enfant, pour avoir des dents, doit avoir au moins 68 centimètres de longueur.

Dans la mâchoire supérieure les dents se montrent au dehors du bourrelet gingival; pour l'inférieure, elles se montrent en dedans.

10° L'évolution dentaire est en raison inverse du développement de la chevelure; plus les cheveux deviennent fournis et longs, plus les dents tardent à apparaître et réciproquement.

11° L'évolution dentaire est en raison inverse de l'embonpoint du sujet; plus il est fort et vigoureux à l'âge de sortie des dents, plus il tarde sur les autres enfants aussi bien portants et moins gros que lui.

12° La coloration des cheveux n'a aucune influence sur la précocité dentaire.

13. Le bromure de potassium, joint au miel, employé en frictions sur les gencives turgescents par l'évolution dentaire calme les douleurs en agissant localement et sur l'état général.

14° Les enfants qui ont des dents mauvaises pendant la première dentition, peuvent presque toujours avoir de bonnes dents de seconde dentition.

15° L'apparition des dents ne se fait pas toujours

de la même façon et à la même époque chez des enfants venus de la même souche.

16° Il n'y a aucune corrélation entre l'époque de sevrage et le nombre de dents ; toutefois, il est bon d'attendre que l'enfant ait ses seize premières dents.

17° Des enfants sans dents peuvent marcher de bonne heure et d'autres étant très bien portants et ayant beaucoup de dents, peuvent être en retard.

(J. de méd. de Paris.)

THERAPEUTIQUE

La dose suffisante de bromure et le signe de la pupille dans le traitement de l'épilepsie.

par GILLES DE LA TOURETTE.

Article relativement long (24 colonnes de la *Semaine médicale*), en réalité court, que tout praticien doit lire et relire.

Première règle : Le bromure sera donné à doses et heures convenables, sans interruption, sous peine de perdre en quelques jours le bénéfice d'un traitement de six mois. Une exception à cette règle est, cependant, une maladie fébrile bien caractérisée.

Formule : Bromure de potassium 40, bromure de sodium, bromure d'ammonium, benzoate de soude sâ 12, eau bouillie ou distillée 1000 cc., soit 1 gr. de bromures associés par cuillerée à soupe, représentant 15 cc. Vu la différence très grande entre les cuillers, adopter la petite éprouvette de l'auteur. — Le benzoate de soude prévient, comme antiseptique, les éruptions cutanées (Fédé).

Moments d'administration. — 1° *Les accès surviennent au hasard* : Donner la dose quotidienne en deux fois dans un demi-verre d'eau sucrée, une tasse de tilleul, de lait (un épileptique doit d'ailleurs prendre par jour un litre à un litre et demi de lait), la première fois au petit déjeuner, la seconde fois après le dîner ou de préférence au moment du coucher. Dans le cas de dose quotidienne élevée, la donner en trois fois, la seconde fois à la fin du repas de midi ; — 2° *Les accès reviennent à l'heure à peu près fixe* : Donner les deux tiers de la dose dans les deux heures environ qui précèdent l'apparition présumée de l'accès.

Doses journalières : Il faut atteindre de dose suffisante contre la convulsion, qui cependant ne produit aucune complication fâcheuse. Et cette dose suffisante ne doit pas être dépassée sous peine d'une intoxication qui fait réapparaître la crise comitiale. Cette dose suffisante est de 4 à 12 grammes ; une seule fois l'auteur a prescrit 18 grammes. L'enfant, dont le rein a plus de chance d'être sain que celui de l'adulte, tolère admirablement le bromure.

Méthode de Gilles de la Tourette : Doses progressivement croissant de 1 gr. par semaine pendant trois semaines, puis doses progressivement décroissant de 1 gr. par semaine, pendant trois semaines, soit le plus ordinairement pour commencer 3, 4, 5, — puis 5, 4, 3. — La dose de 5 gr. n'ayant pas été suffisante, recommencer une série en commençant par 4 pour se terminer par 6, redescendre ensuite à 4, que la dose de 6 gr. ait été suffisante ou non. Dans ce dernier cas, de dose insuffisante, recommencer une série que l'on peut désigner par les chiffres 5, 6, 7, etc.

Pour que la dose soit suffisante, il faut que le malade reconnaisse qu'il est bien sous l'influence du médicament : il se sent plus lourd, plus fatigué, a moins d'appétit au travail physique, aux occupations intellectuelles il dormirait volontiers ; appétit moindre, langue saburrale, constipation. Les occupations habituelles, tant morales que physiques ne sont pas cependant entravées. Somme toute, c'est de l'imprégnation ; ce n'est pas de l'intoxication. Mais c'est surtout le signe de la pupille qui va trancher la question, d'abord que l'imprégnation désirée est obtenue, ensuite qu'il n'y a pas ou qu'il y a intoxication.

Signe de la pupille : Dès le commencement du traitement bromuré la pupille marque une tendance à la dilatation, mais continue de réagir à la lumière et à l'accommodation. Mais la dose s'élevant, la mydriase s'accuse, la réaction lumineuse, accommodative devient paresseuse. C'est la période d'imprégnation. A un degré au-dessus, les pupilles ne réagissent plus à la lumière à l'accommodation, la dilatation est-elle au maximum, c'est l'intoxication bromique caractérisée par un embarras gastrique très prononcé, une très forte dépression physique et mentale, un épuisement général, pas de fièvre.

(à suivre)

FORMULAIRE

Pommade contre l'intertrigo et l'eczéma aigu.

(WENDE).

Acide camphorique.....	½ drachme.
Sous-nitrate de bismuth.....	
Carbonate de zinc.....	} sâ 1 drachme.
Poudre d'amidon.....	
Vaseline.....	
Lanoline anhydre.....	

M&Kz. — Usage externe.

(Gaz. méd. belge.)

Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

Traitement post-opératoire de la cœlotomie. — par Robb (*Cleve. Med. J.*) Contre l'agitation des premières vingt-quatre heures, on administre un lavement de 2 onces de lait d'asa fétida, et on répète dans une heure, ajoutant au besoin une demi-drachme ou plus de bromure de potassium. Si l'agitation persiste, et que le patient souffre, il faudra $1/6$ ou $1/4$ de grain de morphine, mais on ne devrait y avoir recours que comme dernière ressource. Lorsque la douleur est intense, on peut administrer une goutte de teinture de capsicum dans une cuillerée à thé d'eau chaude toutes les demi-heures, pendant une couple d'heures ; ou encore si on ne calme pas ainsi, on ajoute à un lavement nutritif 15 à 20 gouttes de teinture d'opium déodorisée. On ne doit donner que rarement la morphine hypodermiquement. Comme pratique de routine, on administre par le rectum $1/30$ gr. de strychnine après chaque opération abdominale, et lorsque le patient arrive à son lit, la même dose est donnée hypodermiquement, combinée à $1/75$ gr. de sulfate d'atropine ; la dose est répétée dans une demi-heure. Par la suite, on prescrit $1/30$ à $1/60$ gr. de strychnine hypodermiquement toutes les trois ou six heures, suivant le pouls et l'état du choc ; on peut répéter six ou huit fois ces doses. Si le pouls est au-dessous de 110 le lendemain de l'opération, on ne donne pas de strychnine ; mais si le pouls est à 120, elle sera indiquée à la dose de $1/40$ à $1/70$ gr. hypodermiquement toutes les trois ou quatre heures jusqu'à ce que le pouls soit ralenti. Pour faire disparaître la tympanite, 1 ou 2 gouttes de teinture de capsicum ou 15 ou 20 gouttes d'essence de menthe ; une fomentation térébenthinée ou un sinapisme aide. Au besoin le tube colique sera introduit et laissé à demeure durant un quart ou une demi-heure, ou jusqu'à ce que la tympanite disparaisse. (*J. Amer. M. A.*)

Septicémie puerpérale, par Pryor, de New York. — L'auteur rappelle que les irrigations répétées font du tort, le curettage donne 20 p. c. de morts, le sérumthérapie, 33 p. c. Il conseille dans les cas de thrombose, une hystérectomie abdominale rapide, et dans l'infection locale, l'opération suivante : L'utérus est soigneusement cureté et les débris du curage enlevés par une irriga-

tion avec plusieurs litres de sérum artificiel ; puis l'organe est rembourré avec de la gaze iodoformée à 5 p. c. Une large colpotomie est ensuite pratiquée et par l'ouverture, tous les liquides du bassin sont évacués ; il y a toujours beaucoup de sérum, un peu de lymphé et souvent du pus dans le pelvis ; celui-ci est asséché, les fausses membranes ayant été rompues. Le bassin est pac-té par un Mikulicz à la gaze iodoformée ; l'antiseptique est rapidement absorbé et combat puissamment l'infection. Lorsque la patiente est endormie et qu'il trouve le pouls à 120 et au-dessus, ou s'il existe des lésions viscérales graves, il donne une injection intraveineuse de deux ou trois litres de sérum, et il s'en trouve bien. Le but du traitement tend à produire un iodisme locale et général et à réveiller les fonctions rénales. Après l'opération, il fait donner des lavements coliques, afin d'éliminer les toxines et l'iode. (*Med. Rec.*)

La fièvre typhoïde. — V. Hubbard (*Georgia J. Med. and Surg.*) modifie ainsi le traitement de Woodbridge. On débute ordinairement par une capsule contenant $1/2$ gr. de calomel, 2 grs. de carbonate de gaïacol, $1/40$ à $1/20$ gr. de podophylline, toutes les deux heures pendant 24 ou 48 heures, suivant l'état des intestins. Ce traitement est maintenu jusqu'à ce que l'on ait obtenu quatre ou cinq selles pendant deux jours de suite, alors le calomel est remplacé par un $1/2$ gr. de menthol, associé au gaïacol et à la podophylline. Si après la cessation du calomel il y a de la torpeur de l'intestin, on donne une petite dose de sel le matin. Le malade doit avoir deux ou trois selles par jour. Si après quatre ou cinq jours de traitement, la température reste élevée ou s'élève, on a encore recours au calomel pendant quelques heures. Durant tout le cours de la maladie on continue le gaïacol et le menthol. Parfois le sérum par le rectum est employé. La mortalité par ce traitement serait de moins de 2 p. c. (*Med. Rec.*)

Le fou et la brouette. — Un visiteur dans une asile vit un aliéné qui menait une brouette devant lui, s'en dessus dessous. Il lui en demanda la raison. Le malade répondit : " Comment, vous me croyez fou ; imbécile, si je tournais la brouette sur l'autre sens on me mettrait quelque chose dedans ! " (*J. Med. and Sc.*)

Sueurs des phthisiques. — On dit que 15 ou 20 grains d'acide camphorique est le meilleur remède.

Le coma diabétique. — Jaccoud reconnaît trois formes de coma dans la glycosurie : 1° *La forme gastro-*

intestinale, la plus fréquente. Elle débute par de l'inappétence, une digestion paresseuse et une constipation opiniâtre. Sous peu surviennent de la douleur dans l'hypochondre droit, de la nausée, du vomissement, une respiration prolongée, l'accélération et l'affaiblissement du pouls, et tout cela sans fièvre ; au contraire, à une période avancée, il y a généralement hypothermie. L'urine et l'haleine du patient émettent une odeur pommacée d'acétone. L'agitation nerveuse survient bientôt ; le patient devient apathique, somnolent, et la température baisse au-dessous de la normale. La somnolence fait place au coma et le malade succombe dans trois ou quatre jours. 2° *La forme avec vertige* est bien moins fréquente. La céphalalgie et le vertige en sont les premiers symptômes ; le patient ne peut rester longtemps debout. Le coma fait son apparition dans quelques heures et la mort arrive très promptement. 3° *La forme cardiaque* est exceptionnelle. Elle affecte les caractères de la paralysie du cœur. Elle est souvent provoquée par un effort extraordinaire. Le malade éprouve au début une grande prostration, le pouls devient faible et irrégulier, et les extrémités se refroidissent. La cyanose apparaît et le patient meurt dans quelques heures. Tous admettent que le coma diabétique reconnaît pour cause une auto-intoxication due à un excès d'acides, surtout oxybutyrique, dans le sang. Le traitement prophylactique sera donc essentiellement alcalin. Le bicarbonate de soude en grandes quantités par la bouche (un once par jour) ; un régime soutenant. Le praticien qui se trouve en présence d'un diabétique souffrant d'inappétence, de dyspepsie et de prostration, devra soupçonner la possibilité d'une attaque de coma et devra rechercher l'acétone dans les urines. (*Med. Press and Circ.*)

Sueur des épileptiques. — Mairet et Delteil (*Soc. biologie.*) disent que la sueur épileptique interparoxystique n'est pas toxique, mais que celle recueillie au moment des attaques possède des propriétés toxiques faibles mais réelles, qui s'atténuent assez rapidement après l'attaque.

Les conséquences de la grippe. — Le médecin. — Non, la grippe par elle-même n'est pas si terrible, mais elle est souvent suivie de conséquences désastreuses.

— Le patient. — Oui, je m'en suis aperçu dans votre compte !

Anesthésie locale par le peroxyde d'hydrogène. — Kendall (*Scm. med.*) dit qu'une injection hypodermique

de peroxyde d'hydrogène produit assez d'insensibilité pour permettre de pratiquer des petites opérations sans douleur (abcès, pleurotomie, paracentèse, etc.).

Abcès périrectaux. — Jelks, de Memphis, traite ainsi : Pas de cataplasmes, aussitôt la fluctuation perceptible débridement large, après dilatation des sphincters, et curettage à la curette irrigatrice, employant une solution de formaline.

Le pronostic de la fièvre typhoïde chez l'enfant est plus favorable que chez l'adulte. Une tympanite très prononcée, surtout accompagnée de vomissement, est de mauvaise augure : il en est de même des symptômes nerveux et de la grande dépression survenant au début. (*Williams*).

Traitement de la fièvre typhoïde au Johns Hopkins depuis dix ans, par Osler. (*Phil. Med. J.*) — 1° Il attribue le peu de décès aux bons soins prodigués aux malades par des infirmières intelligentes et dévouées. 2° *La diète.* Le lait, dilué avec de l'eau de chaux, et l'albumine d'œuf, pendant la période fébrile. Rarement des nourritures artificielles. Parfois le lait est peptonisé. Les complications gastro intestinales sont rares et peu graves. De l'eau froide en abondance. 3° *L'hydrothérapie* : le bain à 70°, ou, au besoin, des passes glacées. 4° *Médicaments.* Habituellement aucun. Si le pouls devient rapide et faible, du bon whiskey et de la strychnine. Aucun antipyrétique, ni antiseptique intestinal. Les complications sont traitées suivant les indications.

Le mercurool dans l'urétrite. — Suivant Guitéras, le mercurool serait un composé d'acide nucléinique et de mercure. L'acide nucléinique est obtenu de la levure. C'est une poudre brun-blanchâtre, soluble dans l'eau, mais insoluble dans l'alcool. Une force moyenne, serait de dix grains à l'once, soit à deux pour cent. Les patients s'injectent avec une seringue uréthrale, trois fois par jour, retenant l'injection chaque fois pendant cinq minutes. Ce médicament semble prévenir les complications détruire rapidement les gonocoques, amoindrir l'inflammation et paraît mériter une étude plus approfondie. (*N. Y. M. J.*)

Douleurs post-partum. — Au dire de Winterburn, le nitrite d'amyle calmerait presque instantanément. Il sature un petit morceau de papier buvard avec quelques gouttes et le met dans une petite fiole. La malade en respire dès qu'elle sent venir les douleurs. (*J. of Obstet.*)

Le poil chez les Mahométans. — Le Musulman ne porte de poil que sur la figure et sur la tête, et il doit être tenu court et bien taillé. Les cheveux ne seront jamais assez longs pour être saisis par la main. La moustache est taillée ras la lèvre supérieure, afin de n'être jamais souillée par les potages et les viandes. La barbe ne doit être assez longue que pour faire le tour du poignet et doit conserver la forme à la figure. Chez la femme, les cheveux sont ramassés et cachés, et comme mesure de propreté, ils sont teints avec du kino ou autre lotion. Les autres régions du corps sont rasées et tout poil enlevé. Chez l'homme, l'aisselle, les organes génitaux et la région anale sont épilés ; les poils sont enlevés des narines et des oreilles. Pour l'épilation des organes génitaux il y a des légions de pâtes épilatoires employés dans les harems et aux bains. Les ongles du Mahométan sont tenus courts et bien taillés. (Dr Portucalis, in *Cin. Lancet-Clin.*)

Le coït chez le Musulman. — Les Mahométans, hommes et femmes, sont obligés de se laver aussitôt après le coït. La religion ne tolère le repos après le coït que lorsque toute souillure a été enlevée par l'eau et le savon à grande eau. Que ce soit le jour ou la nuit, après la cohabitation, tout le corps sera lavé et nettoyé avant de se retirer ou de s'habiller. Dans ce but, les maisons riches sont bien pourvues de bains turcs, et dans la classe plus humble, il y a à côté de la chambre à coucher, une petite salle (koussoulhane) afin de s'y laver et d'y changer de hardes. Non content de cette ablution sitôt après l'acte, les hommes doivent se rendre, le lendemain matin, à un des bains chauds du quartier, qui sont ouverts à toute heure et à tout venant. Les femmes s'y rendent dans l'après-midi. (Portucalis.)

Antidote de la strychnine. — D'après l'*Alhaloidal Clinic*, des chiens empoisonnés par la strychnine auraient été rappelés à la vie en leur faisant avaler du sel de table.

Ankylose osseuse. — Chlumsky (*Cen. fur. Chir.*) a réséqué les cartilages articulaires chez le chien et a interposé, pour empêcher l'union osseuse, des plaques de cellulose, d'argent, et d'autres substances. La guérison s'est effectuée avec une jointure mobile. Il suggère des plaques de magnésium, qui s'absorbent facilement. Il croit que ses expériences justifient l'emploi de ces moyens chez l'homme. (*Ther. Gaz.*)

Hémorragie de la prostate. — Guyon fait remarquer

que cette hémorragie peut être abondante. Cette complication est rare chez les jeunes personnes, même dans l'inflammation aiguë. L'hémorragie peut avoir lieu dans l'hypertrophie simple et dans les néoplasmes. Dans ce dernier cas elle est moins fréquente, mais se produit plus spontanément. Dans l'hypertrophie simple, même au maximum de la congestion, il n'y a pas de saignement. L'introduction du cathéter suscite l'écoulement. Le suintement peut se faire par l'urètre, dans la vessie, ou par ces deux voies à la fois. Le traitement d'une hémorragie profuse dans la vessie consiste dans l'évacuation des caillots et un lavage parfait de la vessie. Pour ce faire, il faudra peut être employer le tube évacuateur de l'appareil à lithopaxie, ou même faire une incision dans la vessie. Après ce nettoyage, on laisse une sonde à demeure, très molle. (*Ther. Gaz.*)

Ulcères chroniques de la jambe : pansement d'Unna.

— Michel dit qu'avec ce pansement on peut souvent guérir des ulcères qui ont résisté à tout autre traitement. Le topique d'Unna est ainsi composé :

Glycérine.....

Eau..... de chacune 10 parties.

Gélatine pure.....

Oxide blanc de zinc.... de chacun 4 —

Dissoudre la gélatine dans l'eau, au bain-marie ; pendant que c'est chaud, ajouter la glycérine et puis l'oxide de zinc, agitant, vigoureusement et continuellement jusqu'à refroidissement.

La jambe sera bien lavée au savon, séchée et frictionnée à l'alcool. Le topique est fondu et appliqué sur l'ulcère et sur toute la jambe, avec un pinceau... évitant les orteils. Par-dessus, un bandage roulé, à la gaze. Ce bandage doit être appliqué bien uniformément, sans renversés, par morceaux, évitant les godets. On met ainsi quatre ou cinq de ces bandages et entre chacun une couche du topique. Ce pansement peut durer de quatre à huit semaines. S'il devient lâche, il convient de le renouveler. Si l'ulcération secrète du pus, on pratique une fenêtre et on panse suivant les indications.

(*Chicago Clinic*).

La cause du sommeil. — On sait, aujourd'hui, que la cellule ganglionnaire et les nerfs ne sont supposées faire qu'un tout, c'est-à-dire que le nerf est tout simplement la prolongation protoplasmique de la cellule (Théorie des neurones). Or Mathias Duval croit que ces prolongations sont contractiles et que la fatigue du

jour tendrait à produire leur raccourcissement et amènerait ainsi la sensation du sommeil. Le sommeil serait donc nécessaire pour permettre l'allongement, à nouveau, du nerf.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Le séro-diagnostic de la tuberculose.

par MM. S. ARLOING et PAUL COURMONT.

Conclusions générales. — Nous pouvons donc aujourd'hui, grâce à notre statistique générale portant sur plus de 400 cas et grâce aux expériences ou observations confirmatives faites par plusieurs auteurs, formuler avec plus de confiance que jamais les conclusions générales et les applications cliniques suivantes :

1° L'emploi de cultures homogènes en bouillon glycéro-cériné du bacille de la tuberculose humaine, nous a permis de rechercher le pouvoir agglutinant des humeurs et principalement du sérum des tuberculeux et d'arriver ainsi au séro-diagnostic de la tuberculose.

2° Les avantages de la méthode sont ceux du séro-diagnostic en général : 1. *Innocuité absolue*, puisqu'il suffit de prélever quelques gouttes de sang ou de sérosité, et qu'elle peut s'appliquer à tous les sujets fébricitants ou non, gravement ou peu malade ; 2. *Facilité et rapidité*, puisqu'il n'est pas nécessaire d'avoir le sujet sous la main et que l'expérience ne dure que quelques heures ; 3. *Sensibilité* de la réaction dans les cas de lésions discrètes ou latentes et difficiles à reconnaître par les procédés habituels.

Il est vrai que les détails de technique pour entretenir les cultures liquides convenables et appliquer le séro-diagnostic sont assez minutieuses et indispensables à suivre, en raison du peu d'élévation du pouvoir agglutinant chez l'homme tuberculeux.

3° Pour les cas de tuberculose pulmonaire peu avancée, le pouvoir agglutinant du sérum est presque constant, mais à des degrés divers ; il varie de 1 p. 5 à 1 p. 20 et plus.

Dans les cas graves, à lésions très étendues ou très virulentes, la séro-réaction peut manquer fréquemment ou être très faible. Elle peut aussi diminuer d'intensité disparaître à mesure que l'état s'aggrave. Les faits expérimentaux confirment ceux de la clinique. Le pouvoir agglutinant chez les tuberculeux paraît donc le plus souvent et dans certaines limites, en raison inverse de la gravité de l'infection ou de l'étendue des lésions.

4° Chez les malades atteints d'affections diverses et chez lesquels la clinique ne révèle pas des signes certains de tuberculose, la séro-réaction permet de déceler un grand nombre de tuberculoses latentes. L'autopsie ou l'évolution ultérieure de la maladie viennent fréquemment apporter la confirmation du séro-diagnostic.

5° De même chez les sujets sains en apparence, la réaction agglutinante, absente le plus souvent, est positive dans un certain nombre de cas dont les chiffres correspondent à ce que l'on sait de fréquence de la tuberculose latente.

6° Par conséquent, en pratique: *une séro-réaction positive*, chez un sujet suspect, sera un signe de grande valeur pour établir l'existence d'une tuberculose viscérale; *une séro-réaction négative* n'aura qu'une valeur moindre puisque l'agglutination fait défaut chez un certain nombre de tuberculeux.

Mais l'absence de séro-réaction se rencontre surtout chez les tuberculeux avancés où l'on n'a plus besoin de séro-diagnostic ; elle pourra dans certains cas confirmer un pronostic défavorable.

Au contraire, chez un sujet soupçonné de tuberculose, mais sans signe clinique évident et sans symptôme de gravité, l'absence de pouvoir agglutinant paraît avoir une grande valeur pour contribuer à éliminer cette affection.

7° En résumé, la séro-réaction tuberculeuse nous paraît constituer un procédé rapide, inoffensif pour le malade, et d'une grande valeur pour le diagnostic précoce de la tuberculose, surtout chez les sujets suspects de lésions pulmonaires au début.

(Gaz. des hôp.)

Le pouls intermittent.

CUSHNY.

Les intermittences du pouls peuvent être ainsi divisées :

1° Intermittences vraies ventriculaires dans lesquelles la pause est juste égale à deux intervalles de pulsation et pendant lesquelles il n'y a pas de bruit du cœur ;

2° Intermittences vraies auriculaires où la pause est plus courte que deux intervalles de pulsations, et pendant lesquelles il n'y a pas de bruit du cœur. Cette forme se voit souvent chez les individus sains, probablement par suite d'une action excessive d'inhibition, car elle disparaît par le traitement par l'atropine qui paralyse les nerfs inhibiteurs. Dans d'autres cas, elle peut être due à une affection auriculaire ;

3° Pseudo-intermittentes ventriculaires, où la pause égale deux intervalles de pulsations, mais est souvent interrompue par une légère élévation. En tout cas, on entend pendant l'intermittence un premier bruit du cœur. Cette forme semble due à une irritabilité exces-

sive du ventricule amenant une systole prématurée ;

4° Pseudo-intermittences auriculaires où la pause est plus courte que deux intervalles de pulsations. Il y a souvent une légère élévation du pouls pendant l'intermittence et le stéthoscope montre un bruit systolique aussitôt après la dernière élévation régulière du pouls ;

5° Une autre forme d'intermittence a été décrite par Wenchebach, qui l'attribue à une conduction imparfaite de l'impulsion à travers le cœur, peut-être surtout dans les fibres d'union auriculo ventriculaire. Elle semble plus rare que les autres formes. Souvent, elle conduit à l'allorythmie ou intermittence revenant à intervalles réguliers, mais ce n'est pas la seule cause de ce phénomène.

(*Brit. Med. Journ. — Ind. méd.*)

CHIRURGIE

Les tumeurs Irreductibles des bourses.

par M. DELBET.

Nous allons continuer l'examen clinique des tumeurs des bourses. Nous avons étudié les tumeurs réductibles des bourses, nous arrivons aux tumeurs non réductibles. Je vais éliminer les tumeurs cutanées : Ce sont des kystes sébacés, des épithéliomas superficiels et certains kystes dermoïdes qui siègent sur le raphé-périnéal ; ce sont de petits canalicules dermoïdes qui y persistent ; enfin, j'élimine la dilatation des veines, je ne parle pas des veines du cordon, du varicocèle, je parle du réseau veineux cutané ; les varices de ces veines superficielles, qu'on appelle cirsoécèles, sont beaucoup plus rares que celles du cordon ; ces varices se voient très bien à travers la peau mince des bourses.

Parmi les tumeurs non réductibles, il y a d'abord les hernies étranglées ; je ne vous en parle pas, mais les hernies adhérentes sont plus intéressantes pour nous ; elles peuvent donner lieu à des difficultés de diagnostic mais il faut savoir que cette adhérence n'est que partielle ; le diagnostic est encore facile lorsque c'est l'intestin qui est adhérent, car il y a de la sonorité à la percussion ; mais, dans le cas où c'est l'épiploon qui est adhérent, il y a une masse pâteuse qu'on peut confondre avec les lipomes du cordon. Il y a d'abord les lipomes circonscrits ; ceux-là, on ne peut les confondre avec l'épiplocèle adhérente. Il y a, cependant, des cas difficiles, ceux par exemple où il y a une mince languette épiploïque, imperceptible à la palpation, qui chemine à travers les points rétrécis d'une hernie congénitale et qui se développe dans la partie inférieure de cette hernie ; il se forme là une épiploïte ; dans ces cas, lorsqu'on ne sent pas d'épiploon, lorsqu'il n'y a pas d'impulsion, le diagnostic est impossible. Quant aux lipomes diffus, ils

peuvent être très difficiles à diagnostiquer, car très souvent ils remontent presque dans la fosse iliaque et même adhérent au péritoine, ils sont partiellement réductibles et ils peuvent donner de l'impulsion ; dans ces cas, le diagnostic est également presque impossible. Mais tous ces cas sont un peu exceptionnels ; en général, les lipomes restent mous et pâteux, tandis que l'épiplocèle présente une consistance plus ferme à cause de l'hypertrophie, de l'inflammation chronique qui s'y développe ; de plus, à sa surface, on sent de petits grains juxtaposés qu'on ne trouve pas dans les lipomes.

Lorsqu'on a constaté une tumeur dans les bourses, c'est sa topographie exacte qu'il faut chercher, c'est elle qui vous fournira les éléments principaux pour votre diagnostic : Dans les cas complexes, n'hésitez pas de faire un dessin, un schéma. Trélat le faisait souvent et il insistait sur l'intérêt que cela présente. Faites donc un dessin en plaçant la tumeur dans la situation où vous la sentez ; vous verrez que cette façon d'agir vous servira le plus en vous mettant sous les yeux la topographie de la tumeur. Eh bien, vous verrez d'abord des tumeurs complètement indépendantes de l'appareil épидидymo-testiculaire. Qu'est-ce que ces tumeurs ? Si c'est une tumeur régulière, parfaitement circonscrite, presque dure, rénitente, pas fluctuante, cela ne peut être qu'un kyste du cordon. Y a-t-il d'autres signes qui permettent de le diagnostiquer ? En général, il ne présente pas de fluctuation, le liquide y est trop tendu ; en outre, il est transparent. Y a-t-il d'autres tumeurs du cordon indépendantes du testicule et de l'épididyme ? Oui, ces lipomes circonscrits ou diffus dont je vous ai parlé, en outre les kystes dermoïdes congénitaux, situés plutôt à la partie postérieure. Leur indépendance du testicule est plutôt théorique ; en effet, en opérant, on a constaté qu'on pouvait quelquefois les enlever sans enlever le testicule ; mais au point de vue clinique, on ne peut pas reconnaître cette indépendance.

Nous entrons dans la classe des tumeurs qui adhèrent ou à l'épididyme ou au testicule, ce qui ne veut pas dire qu'elles s'y sont développées, mais qu'elles ont avec l'un ou l'autre de ces organes des connexions, qu'elles y adhèrent. Il y en a peu, trois espèces seulement : ce sont tous des kystes. Il y a d'abord les kystes de la partie inférieure du cordon, ils ont toujours leur rénitence et leur transparence, même lorsque le liquide de ces kystes contient des spermatozoïdes et qu'il est laiteux : Ces kystes sont situés en arrière et au-dessus de l'épididyme.

La seconde variété de kystes adhérents à l'épididyme ou au testicule est formée par les kystes de l'épididyme, appelés aussi kystes sous-épididymaires. On peut les distinguer en petits et gros kystes, distinction un peu grossière, attendu que les gros kystes n'ont pas commencé par être gros, mais il y a des petits kystes qui ne deviennent jamais gros, ceux là n'ont pas d'intérêt clinique, je parlerai seulement des gros kystes : Eh bien, si vous prenez la précaution de dessiner la topo-

graphie des lésions sur le papier, vous noterez la présence du testicule, puis vous trouverez la tumeur qui adhère au testicule, qui le surmonte : elle est située entre le testicule et l'épididyme ; quant à l'épididyme, dans certains cas vous le sentirez à la surface de la tumeur, mais très souvent on ne le sent pas, il est aplati sur la tumeur et il échappe à l'examen : Vous verrez que c'est la disposition en forme de brioche spéciale aux kystes de l'épididyme. Ces kystes présentent d'autres symptômes faciles à recueillir : Ils sont fluctuants, ils sont moins tendus que les kystes du cordon, ils sont sinon fluctuants, du moins très franchement rénitents ; enfin, ils sont transparents, leur paroi étant mince. C'est une grosse erreur de les confondre avec l'hydrocèle qui a une toute autre topographie.

(à suivre)

Mastoidite chez les diabetiques.

M. Lannois, comme suite à un travail publié dans *Lyon médical* au début de cette année sur les lésions de l'oreille chez les diabétiques, rapporte une nouvelle observation de mastoïdite chez un homme de 69 ans, qui urinait trois litres d'urine avec 98 grammes de sucre par litre.

Les accidents du côté de l'oreille étaient survenus un mois auparavant à la suite d'une grippe et, malgré l'absence de gonflement mastoïdien, l'intensité des douleurs, leurs irradiations, la présence d'un point douloureux au niveau de l'autre mastoïdien, permettaient de faire le diagnostic de mastoïdite. L'intervention était discutable en raison de l'âge du malade, de son mauvais état général et de la gravité du diabète. Elle fut cependant pratiquée par M. Lannais après que l'examen de l'urine eut montré sa faible teneur en ammoniacque.

On sait en effet que l'ammoniacque est pour ainsi dire le témoin de l'intensité plus ou moins grande de l'intoxication par acide diabétique : avec une élimination de 4 grammes, le malade est fatalement voué au coma diabétique (Naznyn). De fait, le malade en question, malgré des incidents (gangrène de la peau) était considéré comme guéri de sa mastoïdite lorsqu'il succomba brusquement, en quelques heures, deux mois après l'opération.

La réaction de Gerhard et la recherche de l'ammoniacque urinaire peuvent donc être d'un précieux secours pour le pronostic dans les interventions chez les diabétiques.

(Rev. hebdomadaire de laryng. et d'otol. — Lyon méd.)

THERAPEUTIQUE

La dose suffisante de bromure et le signe de la pupille dans le traitement de l'épilepsie.

par GILLES DE LA TOURETTE.

(Suite.)

Traitement des accidents généraux et locaux : Les premiers que nous venons d'indiquer cèdent facilement à la suppression immédiate des bromures, à une purgation, au régime lacté absolu, à quelques gouttes de teinture de scille et de digitale pour exciter le cœur, favoriser la diurèse.

Les accidents locaux consistent en *manifestations cutanées*, le plus souvent *acnéiformes*, celles-ci moins spéciales aux bromures que *gros placards érythémateux* avec nodosités sous-cutanées très douloureuses, et se recouvrant de croûtes épaisses qui, quoique tenaces, finissent par tomber. Leur grand inconvénient est de pouvoir survenir avant que la dose suffisante soit atteinte. Dans le but de les prévenir, Gilles de la Tourette donne à tous ses épileptiques un ou deux bains savonneux par semaine, de vingt minutes, à 32° à 34°, avec surveillance pendant toute la durée du bain. S'il s'agit de l'acné qui siège spécialement sur la face, le cou, le cuir chevelu, l'espace interscapulaire, les régions prédisposées ou atteintes seront plus particulièrement savonnées, pulvérisées avec de l'eau boriquée. Quant aux placards, les soins sont du même genre, et l'on fera tomber les croûtes en les ramollissant avec des compresses boriquées, recouvertes de taffetas gommé, ou avec des cataplasmes d'amidon.

L'auteur signale une complication peu connue : une *toux sèche fatigante*, probablement par irritation de la muqueuse laryngo trachéale, peut-être de même nature que l'éruption cutanée. Cette toux diminue par les inhalations chaudes de feuilles d'eucalyptus.

J'insiste sur l'élévation de la *pression artérielle* chez l'épileptique, surtout au moment de l'accès, d'où des ruptures vasculaires, des hémorragies cérébrales, et du côté de la peau, sur la face, le cou, la partie antérieure du cou, des *suggilations*, des *ecchymoses* qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic ou le confirmer.

Gilles de la Tourette donne une place à l'*hydrothérapie froide* dans le but de relever l'état général par trop déprimé ; l'organisme tolère alors plus facilement le bromure. Tous les matins, après le petit déjeuner, une douche en jet brisé à 10° ou 12° sur les parties antérieures et latérales du tronc, la colonne vertébrale, en terminant par le plein jet sur les membres inférieurs et les pieds.

Si le bromure n'est pas supporté *per os* il peut parfaitement réussir en lavement. Si l'asphyxie est par trop prononcée, il faut recourir aux respirations d'oxygène,

à la respiration artificielle, aux tractions rythmées de la langue, à une ou deux injections hypodermiques d'éther. Après l'état de mal, comme il existe souvent un fort abaissement de la pression artérielle, on peut recourir aux injections hypodermiques de caféine ; mais il ne s'agit là que d'une indication momentanée, puisque la règle dans l'épilepsie, est que la pression artérielle soit augmentée.

Quand faut-il commencer à diminuer d'une manière continue la dose suffisante ? Gilles de la Tourette répond : un an après la dernière manifestation du mal comitial. Et l'on procédera à cette diminution du bromure comme on a procédé à son augmentation, c'est-à-dire par séries descendantes de trois semaines. La période de descente doit être symétrique de la période ascensionnelle.

(Lyon méd).

OBSTETRIQUE

Considerations sur le manuel opératoire de la craniotomie tête dernière.

(Soc. des sci. méd. de Lyon).

M. Commandeur présente quelques considérations sur le manuel opératoire de la craniotomie tête dernière. Les conditions opératoires sont dans ce cas beaucoup plus difficiles que dans les cas de tête première ; la tête dernière retenue au détroit supérieur n'offre de prise que dans une zone étroite correspondant à l'apophyse basiliaire et à la région sphénoïdale, si l'on ne veut pas être obligé de traverser une épaisseur considérable de parties molles.

Les divers procédés de perforation de la tête dernière proposés jusqu'à présent peuvent être distingués en deux catégories :

Ceux qui tournent la base et perforent sur l'écaille de l'occipital ou la fontanelle latérale postérieure.

Ceux qui attaquent franchement la base et perforent à travers la voûte palatine ou en avant de la colonne cervicale.

Ce dernier procédé paraît le meilleur à M. Commandeur. Préconisé par M. Bar, il présente les avantages suivants :

Il permet une perforation médiane, chose importante, car si la craniotomie est insuffisante et qu'une basiotripsie devienne nécessaire, la perforation médiane est de la plus grande utilité.

Il attaque la base du crâne dans sa zone de résistance basilo-sphénoïdale et permet ainsi la réduction facile de la base du crâne qui offre le plus de résistance au passage dans la filière pelvienne.

La face antérieure de la colonne permet d'arriver sûrement sur la région perforée.

Le glissement du perforateur n'est pas à craindre, d'où la plus grande sécurité quant à la blessure des parties maternelles.

La simplicité et la sécurité du procédé en font, en quelque sorte, un procédé de choix ; on peut en résumer ainsi le manuel opératoire :

1° Faire incliner fortement le tronc fœtal du côté de l'occiput pour dégager le cou.

2° Inciser les parties molles du cou, soit longitudinalement si la position est transversalement en position antérieure ou postérieure.

3° Décoller avec le doigt les parties molles au-devant de la colonne vertébrale jusqu'à l'apophyse basilaire.

4° Introduire l'instrument le long du doigt.

5° Faire la perforation.

Le procédé exposé par M. Commandeur lui paraît applicable dans tous les cas et à tous les niveaux. Il a employé une fois ce procédé dans un cas de rétrécissement accentué du bassin avec gros fœtus (l'enfant pesait 4 kilog. 400 grammes, sans la substance cérébrale). Le forceps ayant échoué, une version fut tentée, mais la tête ne put passer, ni par la manœuvre de Mauriceau, ni par la manœuvre de Champetier. Il fit alors, le fœtus étant mort au cours des manœuvres, la craniotomie selon le procédé de M. Bar, et la tête vint facilement sans emploi du basiotribe.

(Indep. méd.)

La pyélo-néphrite pendant la grossesse.

par M. LE BRIGAUD (Th. de Paris).

La pyélo-néphrite est commune chez les femmes enceintes. La compression des urètres par l'utérus gravide favorise la stagnation de l'urine au dessus de l'obstacle, et amène une dilatation de l'urètre, du bassinet, du rein lui-même. Mais pour créer la pyélo-néphrite, l'infection est nécessaire. L'infection peut se faire par voie ascendante, dans les cas de cystite primitive, ou par voie sanguine, les troubles intestinaux sont alors l'origine des accidents et le coli-bacille est l'agent infectieux. Souvent aussi existe une affection rénale antérieure.

La symptomatologie est la même qu'en dehors de la puerpéralité ; l'état général, d'après M. Le Brigaud, est fréquemment aggravé du fait de la grossesse ; mais l'amélioration se produit aussitôt après l'accouchement.

La pyélo-néphrite ne peut se confondre qu'avec la cystite qui s'en différencie par les caractères douleurs et la miction, et avec l'infection utérine quand elle survient dans le *post partum*. Il sera facile d'éliminer cette cause d'erreur en examinant les urines.

Le pronostic est bénin pour la femme ; il sera d'autant plus bénin que la grossesse est plus près du terme.

Le traitement consiste dans le repos au lit, le rég.

me lacté, la révulsion sinapisée au niveau de la région rénale. L'interruption de la grossesse peut être nécessitée par la persistance des accidents fébriles et par le mauvais état général. Enfin quelquefois, la cachexie progressive oblige à recourir à la néphrectomie.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Traitement des septicémies d'origine utérine.

par M. C. ABEL.

Le nombre des femmes atteintes de septicémie à la suite de l'accouchement est d'environ 12,000 à 15,000 par an en Allemagne : 4,000 à 5,000 d'entre elles succombent, et encore les septicémies consécutives aux avortements ne figurent-elles pas dans ces chiffres. Etant donnée, la fréquence de ces infections, on ne saurait trop insister sur la nécessité de procéder, après chaque accouchement, à une désinfection minutieuse de la matrice. A tout prix, il faut éviter d'y laisser séjourner des débris placentaires. Lorsque, après l'évacuation, de ces débris, on voit persister des signes d'infection, il faut instituer un lavage permanent de la cavité utérine avec de l'eau contenant 25 p. 100 d'alcool, ou pratiquer la vaporisation intra-utérine.

L'hystérectomie a même été préconisée pour les cas rebelles; mais ses indications sont encore discutées. D'après Prochownik, elle est légitime quand la pyohémie vient compliquer des tumeurs. En ce qui concerne M. Abel, il y a eu recours plusieurs fois sans aucun succès.

On a essayé aussi des injections de sérum de Marmorek contre les infections puerpérales; mais les observations ne sont pas assez nombreuses pour qu'on soit bien fixé sur leur valeur; il faut reconnaître, toutefois, qu'on leur doit quelques cas de guérison.

Une autre méthode consiste à provoquer un abcès de fixation ou de neutralisation en injectant 1 ou 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine sous la peau. De plusieurs patientes auxquelles on a appliqué ce procédé, aucune n'a succombé. Quant aux injections salines, aux inhalations d'oxygène, etc., etc., leur mode d'action est trop connu pour y insister.

Lorsqu'une septicémie chronique s'accompagne d'abcès du petit bassin, il faut pratiquer la laparotomie et assurer ensuite l'écoulement du pus par le vagin au moyen d'une contre-ouverture et d'un drain.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

BACTERIOLOGIE.

Culture du microbe du chancre mou.

MM. F. BEZANÇON, V. GRIFFON et L. LE SOURD.

Nous vous présentons des cultures du bacille que Ducrey a décrit comme étant l'agent pathogène du chancre mou. Elles proviennent de malades différents, les unes directement par ensemencement du pus du chancre primitif, du chancre d'innoculation ou d'un bubon chancrelleux, les autres indirectement par repiquages successifs.

Le milieu nutritif qui nous a permis de réaliser ces cultures est le *sang gélosé* sur lequel, comme Bezançon et Griffon l'ont antérieurement montré, poussent avec prédilection le bacille tuberculeux, le gonocoque, le méningocoque, etc. Sur le milieu, on voit apparaître au bout de 24 heures, des colonies arrondies, saillantes, hémisphériques, brillante, qui, au bout de 48 heures, deviennent souvent opaques, grisâtres, et plus volumineuses. Lorsqu'on les prélève pour l'examen microscopique, elles fuient devant le fil de platine, et, sur la lamelle, sont difficiles à dissocier. Elles sont formées de bacilles isolés, ou groupés parallèlement en amas, ou encore en courtes chaînettes. La morphologie de ces bacilles est celle que Ducrey, Unna, Nicolle ont décrite dans le pus et les coupes du chancre.

Dans le liquide condensé au fond des tubes de culture, le microbe se développe sous un aspect très particulier : il se dispose en chaînettes grêles et flexueuses, souvent d'une longueur considérable.

La vitalité et la virulence du microbe se conservent longtemps sur ce milieu. Avec une colonie provenant d'une culture de onzième génération, nous avons reproduit un chancre mou typique.

Le bacille de Ducrey se développe également en sérum non coagulé de lapin. Le milieu se trouble légèrement et présente de petits flocons; au microscope, les bacilles apparaissent en chaînettes de moyenne longueur très flexueuses, enchevêtrées. Mais la vitalité dans ce milieu est de courte durée.

Le *sang gélosé* est donc le milieu de choix pour la culture du microbe du chancre mou; il peut être utilisé pour le diagnostic de cette lésion et dispensera désormais de recourir à l'épreuve du chancre d'innoculation.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

FORMULAIRE

Cocaïne dans les vomissements de la grossesse.

(WEIN, de Prague.)

Chlorhydrate de cocaïne.... 2 grammes.

Eau distillée..... 300 —

Une cuillerée à bouche toutes les demi-heures, jusqu'à cessation du vomissement.

Travaux Originaux

NOTES CLINIQUES (1)

par M. le Dr C. A. WILSON-PRÉVOST (de New-York)

Fracture indirecte de la paroi antérieure du conduit auditif externe gauche.

Ce genre de fracture est assez rare pour en faire mention.

Le 25 décembre dernier, M. B..., grand industriel de New-York, faisait une malheureuse chute dans les circonstances suivantes. Souffrant légèrement de l'estomac depuis la veille, avec vomissements, M. B... sortait de ses ateliers à 7,30 de l'avant-midi. Il se sent tout à coup pris d'une vive douleur au niveau de l'épigastre ; cette douleur s'accompagne de chaleur, et remonte jusqu'au pharynx ; en même temps envie de vomir. Ces phénomènes sont instantanément suivis d'obnubilation, perte de connaissance, et chute en avant sur la figure. Les dégâts furent assez sérieux. M. B..., âgé de 43 ans, est un homme fort, grand, corpulent. La lèvre inférieure est littéralement fendue ; une dent en moins ; et au dessous du menton, une solution de continuité de 3 centimètres de longueur, en communication avec le bord inférieur du maxillaire inférieur. Suintement sanguin du côté du nez. Légère hémorragie du conduit auditif gauche. Douleur à la mastication. Vive douleur à la pression au niveau du conduit auditif gauche.

A l'examen objectif, le conduit auditif représente une fente verticale d'à peu près un millimètre et demi de diamètre. L'obstruction de la lumière est formée aux dépens de la paroi antérieure, qui a cédé à la pression du condyle au moment de la chute. Faible écoulement sanguin. L'élément douleur a augmenté quelques jours après l'accident. La lumière du conduit auditif regagne peu de terrain.

Aucun symptôme cérébral n'étant apparu, nous mettons de côté, une fracture possible du rocher, et notre diagnostic n'est pas douteux.

Corps étranger (petit caillou) extrait du conduit auditif droit d'une fillette de 4 ans.

Mlle Henriette C..., âgée de 4 ans, dans le courant du mois d'août dernier, s'introduit (histoire de s'amuser)

un petit caillou dans le conduit auditif droit. Le caillou en question, à forme quadrangulaire est suffisamment volumineux pour obstruer complètement la lumière du conduit. Henrietta C... habite la campagne. Quelques tentatives d'extraction, au moyen d'une pince, sont faites par un confrère, mais restent infructueuses. Un deuxième confrère déclare que le conduit est libre de tout corps étranger. Enfin la fillette vient me consulter le 27 décembre dernier. Par deux fois, au moyen d'une seringue à hydrocèle, remplie d'une solution boricuée tiède, j'irrigue le conduit et le caillou sort de sa demeure avec une facilité étonnante.

Les observations de ce genre sont journalières. Un confrère a recours à la pince, un autre se contente de la seringue. Et ce dernier a toujours raison. — "Combien de malade ont perdu l'ouïe, il faut bien le reconnaître, par suite de manœuvres mal dirigées. La mort en a même été parfois la conséquence. Tillaux : *Traité de Chirurgie Clinique.*"

Un cas de diphtérie.

Le 8 juin dernier, je fus appelé en consultation aux environs de New-York, auprès d'une jeune enfant de 3 ans et demie, atteint de croup diphtérique, survenu, comme il arrive souvent, à la suite de rougeole. Le petit malade, Evariste O..., avait été soumis au traitement classique de la diphtérie : injections d'antitoxine ; saturation de l'atmosphère de la chambre de vapeurs phéniquées ; lavages antiseptiques de la bouche, etc.

Le malade allait de mal en pis, et c'est dans un état semi-suffoquant, semi-conscient, que je le trouvai. Pouls 180 ; respiration 80 ; température F° 103½. Tirage immense. Face livide ; lèvres cyanosées ; battements des ailes du nez ; lobules de l'oreille refroidis.

L'intubation s'imposait ; c'est ce que je fis. Un tube d'O'Dwyer à peine introduit, est rejeté avec un paquet de membranes. La respiration devient immédiatement plus facile. Le tube n'est pas réintroduit : je fais une injection de 3000 unités d'antitoxine, dans la paroi du flanc droit, (c'est la 4^{ème} injection depuis le commencement de la maladie). Je me mets ensuite en devoir d'écouvillonner le pharynx avec de l'hydrozone pur, toutes les 10 minutes. Cet écouvillonnage est suivi d'un nettoyage à sec. Chaque fois la respiration devient plus facile. Ces manœuvres sont continuées pendant dix heures consécutives ; j'y ajoute alors des inhalations d'oxy-

(1) Parait en même temps dans le No. janvier-février des Archives Internationales de Laryngologie, d'Oto. et de Rhénologie, Paris.

gène pur. Le petit malade entre en convalescence ; reçoit les soins hygiéniques ordinaires, et guérit.

Remarques :

Le détachement des membranes au moyen du tube d'O'Dwyer ; la quatrième et dernière injection d'antitoxine ; l'emploi de l'hydrozone pur, ont été tout puissants, en la circonstance.

66, Madison Avenue, New-York.

Coq-à-l'âne médicaux.

Grossesse ectopique — perforation de la vessie. —

Baatz relate un cas d'ouverture du sac dans la vessie, au 4^{ième} mois. Des morceaux d'os sortaient avec l'urine pendant la miction. A l'aide d'un cathéter on sentait une masse dans la vessie. A droite de l'utérus existait une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, qui crépitait à la pression. La radiographie ne donna pas de résultat, mais à l'aide du cystoscope on put voir des os dans la vessie. L'urètre fut dilaté et on put extraire une grande quantité d'os incrustés de sels. Le sac ectopique fut enlevé par le vagin sans ouvrir le péritoine. Un grand nombre d'os mêlés à du pus épais furent extraits. La cavité fut lavée, puis drainée. Durant la convalescence un autre morceau d'os sortit de la vessie. Quelques mois après il fallut encore dilater l'urètre pour extraire cinq autres débris osseux. Une légère incontinence d'urine se manifesta. Baatz a trouvé dans la littérature médicale 13 autres cas semblables. (*Cent. f. Gyn. — Vie méd.*)

Placenta prævia — pénétration d'air dans les veines.

— Hubl rapporte deux cas de mort. Une femme de 40 ans, 5^{ième} grossesse ; hémorragie abondante, tamponnement pendant 48 heures, puis version pendant la narcose. Elle perdit peu de sang pendant cette manœuvre et cependant elle succomba. A l'autopsie, ventricule gauche contracté, le droit et l'artère pulmonaire distendus par de l'air. La seconde était délivrée lorsqu'elle commença à se cyanoser, à étouffer, et 14 heures après elle succomba. La zone cardiaque était augmentée, résonnante à la percussion et à l'auscultation on percevait le bouillonnement dû à des bulles d'air. (*Wien. Kl. Woch. — Vie méd.*)

L'iodure de potassium en ophthalmologie. — 1° Des doses massives sont indiquées dans la névrite optique, la

paralysie oculaire, la choroïdite, la cyclite et la kératite interstitielle. 2° Il est contre-indiqué dans l'atrophie grise du nerf optique et dans la plupart des atrophies post-neuritiques. 3° Son effet est douteux dans l'iritis syphilitique précoce. 4° Généralement parlant, la présence d'albumine dans les urines contreindique des doses élevées. 5° De fortes doses sont d'utilité douteuse pour la résorption des exsudats post-opératoires. 6° L'administration des doses massives n'est pas limitée aux cas syphilitiques. 7° Assez souvent des doses élevées seront tolérées lorsque des doses plus petites ne seront pas supportées. 8° L'iodure sera administré habituellement à doses croissantes de 1 à 500 grains par jour. 9° Il sera donné toujours après les repas et bien dilué avec de l'eau. 10° Des bains chauds fréquents sont essentiels pour obtenir les meilleurs effets du médicament. 11° Les jeunes enfants ne prennent pas bien l'iodure ; il faut le donner avec prudence. (A. R. Baker in *J. Am. Med. Ass.*)

Traitement de l'obésité, par le docteur W. T. Cathell (Med. et Chir. Fac. Maryland.) — Comme moyen inoffensif et très efficace, l'auteur donne les eaux naturelles de Kissingen et de Vichy, associées. Il aime même mieux les poudres ou les tablettes comprimées de ces eaux, car une eau fraîche est préférable. La dose serait un grand verre environ vingt minutes après chaque repas ; une journée de Vichy, et une journée de Kissingen et cela pendant des semaines. Si la perte en poids est plus de deux livres par semaine, on diminue la dose : si la diminution est moindre, on ajoute quelques cuillerées à thé de jus de citron à chaque verre de Kissingen et une drachme d'esprit d'ammoniaque à chaque verre de Vichy. Comme adjuvant, il est bon d'éviter les amylacées, les sucres, les corps gras et les alcools ; de ne pas trop manger et seulement aux heures des repas ; de souper légèrement et à bonne heure. Exercice au grand air.

Ulcères variqueux. — Traitement : 1° Administration de l'iodure de potassium dans tous les cas d'ulcères de jambes indistinctement. 2° Lavage du pied et de la jambe au savon noir la première fois seulement. Désinfection de l'ulcère avec la solution de sublimé à 1/1000, et de préférence avec l'eau oxygénée. 3° Massage des pourtours de l'ulcère et du membre inférieur, avec de la vaseline au salicylate de bismuth. 4° Application de gaze iodoformée, enduite de la pommade au salicylate de bismuth (salicylate de bismuth, 4 p, vaseline, 30 p.). 5° Couche épaisse de coton salicylé. Bandage roulé, lé-

gèrement compressif, avec une bande de toile et application d'une ou deux bandes de tarlatane enduites de silicate de potasse. 6° Renouveler le pansement tous les quatre ou cinq jours au début du traitement et tous les huit jours au bout de deux ou trois semaines. (Munot in *Arch. prov. méd.*)

Leucocytes iodophiles. — Le docteur Hofbauer (*Cen. f. inn. Med.*) donne ce nom aux leucocytes du sang qui contiennent de la substance glycogène et qui donnent la réaction bien connue d'Erlich avec l'iode (coloration brun-acajou). Se basant sur une série d'observations faites à la clinique de Neusser, il dit que la réaction est positive dans l'anémie pernicieuse et dans l'anémie grave cas dans lesquels il y a hypoleucocytose. Dans tous les cas de leucémie examinés, une coloration brun-rougeâtre intracellulaire fut remarquée ; à plusieurs reprises, on vit des masses extra-cellulaires glycogéniques. Dans un cas de purpura hémorragique, ces amas extra cellulaires furent très nombreuses. Dans la chlorose, l'anémie et la pseudo-leucémie la réaction fit défaut. (*Post-Graduate*).

Les éosinophiles. — D'après les observations de A. Wolff, vu l'extrême variabilité de ces leucocytes dans les diverses maladies, ces cellules n'auraient de valeur réelle que dans le diagnostic de l'asthme bronchique ; il a pu toujours reconnaître cette maladie par la coloration du sang avec l'éosine. (*Post-Graduate*).

Anémie pernicieuse. — Billings conclut d'une série de vingt cas que les globules nucléés sont constants, de même que la poikilocytose (Globules rouges déformés).

Le calomel. — *Prattica del medico*, un nouveau journal italien, dit : 1° Le calomel ne peut être converti en sublimé durant le court espace de temps qu'il séjourne dans le tube digestif ; c'est un sel très stable et il n'y a que des petites quantités qui se transforment en albuminates solubles. 2° La dose purgative est rapidement éliminée par les fécès, tandis que des doses fractionnées restent plus longtemps dans l'intestin et se convertissant en sels solubles, peuvent être absorbées ; ceci explique pourquoi le calomel est plus dangereux à petite dose répétée qu'en une seule dose plus élevée. 3° Les substances contenant du chlorure de sodium ne sont pas incompatibles avec le calomel. Celles dans lesquelles il entre de l'acide hydrocyanique (eau de laurier-cerise, émulsion d'amandes amères) le sont parcequ'elles forment du cyanure de mercure, qui est très soluble et qui

s'absorbe bien rapidement. 4° Il est dangereux de donner du calomel qui est resté longtemps mélangé avec du sucre pulvérisé. 5° Le calomel sera conservé dans des fioles opaques et bien bouchées, car la lumière et l'air le décomposent partiellement. 6. Il doit se présenter sous forme de poudre amorphe, doux au toucher et d'une blancheur uniforme. (*N. Y. Med J.*)

Soins des seins. — Brodhead (*The Post-Graduate*) dit que pendant la grossesse les soins de propreté suffisent ; des lavages tous les jours avec de l'eau tiède et du savon de Castille, et un peu de massage si le mamelon est petit. Il conseille d'appliquer un peu d'albolène sur de la gaze stérile le soir. Les seins de la mère qui nourrit doivent être pansés à l'albolène, et on doit éviter toute manipulation. S'il s'y fait des fissures ou des érosions, il n'y a rien de meilleur qu'une solution de nitrate d'argent à 10 p. c. ; dans deux ou trois applications, la gerçure guérit. Après chaque tétée, les mamelons seront lavés à l'acide borique ainsi que la bouche de l'enfant. Lorsque la mère ne nourrit pas, un bandage serré sera appliqué, parfois il faudra limiter la quantité de liquides ingérés et dans tous les cas où le sein se durcit et menace de s'enflammer, il conviendra d'administrer de bonnes doses de sel la Rochelle. Le massage sera peu souvent nécessaire. Lorsque chez celles qui nourrissent, il y a hypersécrétion, une douce pression pourra être utile, on supportera le sein et on donnera du sel la Rochelle. Avec une propreté parfaite les abcès du sein sont rares, quand ils se forment, on doit suspendre l'allaitement et pratiquer le massage pour faire sortir le pus par le mamelon ; encore ici le sel est utile. Si ce traitement échoue, on agit comme pour un abcès ailleurs. (*Med. Rec.*)

La formaline dans les hémorragies utérines. — Gerstenberg a obtenu de très bons résultats en badigeonnant la cavité utérine avec de la formaline pure (40 p. c.) (*Cent. f. Gyn.*)

L'iodure de potassium. — Lorsqu'on emploie ce médicament, il ne faut jamais oublier l'iodisme qu'il produit et dont les symptômes peuvent simuler ceux de certaines maladies, même de celles que l'on traite par l'iodure. Il faut surtout surveiller la peau : érythème, folliculite purulente aiguë et périfolliculite, à la figure et aux épaules surtout ; gonflement et œdème de la peau, spécialement à la face, au nez et aux paupières ; purpura, de préférence sur les échines ; une dermatite tubéreuse. Un des grands caractéristiques des éruptions de l'iodisme

c'est leur polymorphisme et leur apparition simultanée sur différents endroits du corps.

Antidotes : la *belladonne* est la substance qui agit le mieux pour prévenir le coryza et les symptômes ordinaires. On administre environ 5 gouttes avec dose d'iode. L'*arsenic*—liqueur de Fowler, arsénite de potasse — est très recommandable.

Le cancer de l'utérus. — Siège au col et au corps surtout. Les signes qui trahissent son existence au col, sont plus tangibles que ceux du cancer du corps de l'organe. Les symptômes les plus marquants de la maladie et qui exigent de la part du médecin, quand ils existent, un examen attentif de sa malade, sont : En première ligne, les *hémorragies*. Lorsqu'une femme passe la ménopause, qu'elle a cessé de perdre pendant des mois ou des années, et qu'un écoulement sanguin réapparaît, la règle c'est qu'il existe du cancer, ou du corps ou du col. Des pertes rouges survenant avant l'âge critique (mésorrhagie ou métrorrhagie), exigent un examen attentif pour toujours éliminer le carcinome ; encore plus si ces pertes surviennent vers l'âge de 35 ou 40 ans. Une hémorragie, même minime, qui se produit à la suite de coït ou d'un léger traumatisme, est toujours suspecte.

La douleur persistante est une compagne assez fréquente du cancer du corps. Dans l'épithéliome, la " réaction de l'ongle " a une grande valeur ; l'ongle entame facilement, à l'emporte-pièce, le tissu dégénéré. Le traitement du cancer en pleine évolution, est nul comme moyen radical. Au début, l'hystérectomie abdominale totale a parfois une chance de réussite. Le traitement de Jaboulay, — injections intra-néoplasiques de bichlorhydrate de quinine, — est encore à l'essai.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

De la glycosurie alimentaire.

par M. MOTHEAU.

On connaît l'épreuve dite de Colrat. Elle consiste à faire ingérer à jeun à un malade du sucre (150 grammes de glycose anhydre, par exemple, dissous dans 250

grammes d'eau) et à constater le passage du sucre dans les urines.

M. Motheau a expérimenté chez des malades atteints d'affections hépatiques. Chez 84, 5 p. 100 des malades étudiés, la réaction est positive et en parfaite concordance avec les signes cliniques d'insuffisance du foie et avec ceux fournis par l'examen des urines (indicaturie, urobilinurie, présence de pigments biliaires, hypoazoturie).

L'épreuve est négative lorsque, chez un hépatique, la perméabilité rénale, éprouvée par le bleu de méthylène et la phloridzine, est démontrée insuffisante.

En conséquence, si, dans les cas positifs, il est inutile de compléter l'examen par la recherche de la perméabilité rénale, dans les cas négatifs il est indispensable de rechercher cette perméabilité.

Dans ces conditions seulement, l'épreuve dite de Colrat mérite de prendre place dans la symptomatologie des affections du foie. Peut-être même pourrait-elle en fixer le pronostic, d'après les travaux de MM. Mongour et Oentès.

(Gaz. heb. méd. et chir.)

Complication non encore signalée du tabes.

MM. Sabrazès et Fauquet rapportent en détail l'observation d'une tabétique, âgée de 54 ans, qui six ans auparavant avait été consulter un dentiste pour des douleurs à caractère fulgurant s'accompagnant d'odontalgie. Des tractions opérées à l'aide d'un davier sur la canine supérieure droite, d'ailleurs saine, ont produit une fracture avec arrachement de tout le rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure entraînant avec lui onze dents parfaitement intactes, solidement implantées dans leurs alvéoles. C'est presque une fracture spontanée, la gravité de l'accident ayant été hors de proportion avec la médiocre intensité de la cause traumatique. Il est résulté de cette fracture une large brèche de communication bucco-sinusienne consécutive, simulant le mal perforant buccal.

De plus, le ratatinement du visage à sa partie inférieure contrastant avec l'état normal de la partie supérieure au-dessus des pommettes donne une physionomie qui rappelle le facies de la chouette ou des vieilles sorcières à type démoniaque des vieilles estampes.

La possibilité d'une semblable complication devra dorénavant ne pas être méconnue des chirurgiens-dentistes lorsqu'ils auront à opérer sur des malades atteints d'ataxie locomotrice.

(Lyon méd.)

Le pouls paradoxal respiratoire dans la toux.

DOGLIOTTI.

Voici en quoi consiste le phénomène ici décrit : Le pouls radial devient très faible ou disparaît pendant que

le malade est atteint d'une forte quinte de toux. Ce fait se produit pendant l'expiration, est à son maximum à son début, au moment où a lieu le maximum de l'effort pour vaincre le spasme glottique. Le pouls ne fait pas défaut seulement à la radiale mais à toutes les autres artères, tandis qu'il se fait à la face et au cou une congestion veineuse intense. Elle disparaît à la réapparition du pouls dans les artères, à chaque inspiration ou dans les tentatives répétées d'inspirations que fait le malade pendant les grands accès.

La disparition du pouls est d'autant plus nette qu'est plus grand l'effort fait et que la pression est plus basse ; elle est due à la compression des vaisseaux pulmonaires, comme le montrent les expériences de l'auteur sur les lapins.

Ces expériences ont montré que par insufflation d'air dans les poumons il y avait suppression complète de la circulation sanguine avec 20^{mm} de Hg. de pression endo-pulmonaire chez les lapins de poids supérieure à 2,500 gr. Cette pression ne devait pas varier si on faisait l'expérience avec différents degrés de dilatation thoracique, avec le ventre et le thorax ouvert, avec le cœur soumis ou non à la pression thoracique. Des 20 mm. de Hg. de pression endopulmonaire, il ne s'en transmet aux organes contenus dans le médiastin que 70 mm. d'eau (5 mm. de Hg.), tandis qu'il fallait au moins 10 mm. d'eau en plus pour supprimer la circulation artérielle en exerçant la pression directement sur le cœur.

(Arch. del Morgagni — Ind. méd.)

CHIRURGIE

Les tumeurs irréductibles des bourses.

par M. DELBET.

(Suite)

La troisième variété des kystes qui, cliniquement, sont adhérents au testicule, ce sont les kystes dermoïdes du testicule. Ils sont généralement situés à la partie postérieure du testicule, mais comme ils sont très volumineux, on ne peut, dans ces cas, savoir où est le testicule, mais on peut constater qu'ils ne sont pas développés dans cette organe. Comment fait-on le diagnostic de ces tumeurs ? C'est très simple ; en général on ne le fait pas. C'est par l'histoire qu'on le fait : On se base sur l'origine congénitale. Elles présentent, en outre, des poussées caractéristiques, elles croissent par à-coups, et ces poussées ne se font pas au hasard ; il y en a une au moins qui se fait au moment de la puberté. Pensez à ces tumeurs, si elles ont de plus, avec le testicule, des connexions vagues.

Nous arrivons à une autre classe de tumeurs, ce sont celles qui enveloppent le testicule. Ce ne peuvent

être des tumeurs de la vaginale et d'abord l'hydrocèle ou l'hématocèle. Lorsqu'on parle de l'hydrocèle on a coutume de dire, et aux examens on ne manque pas de répondre : C'est une tumeur des bourses fluctuante et transparente. Cette définition est mauvaise, car si elle convient à l'objet, elle ne convient pas qu'à l'objet, elle s'applique aussi bien aux kystes du cordon et aux kystes sous-épididymaires. Le caractère fondamental des hydrocèles, c'est d'englober le testicule, de l'entourer complètement. Les hydrocèles sont, en général, fluctuantes, mais comment faut-il rechercher la fluctuation ? Il ne faut pas procéder comme pour un abcès avec deux doigts seulement ; il faut procéder différemment suivant qu'il s'agit d'une grosse ou d'une petite hydrocèle : s'il y a seulement quelques grammes dans la vaginale, on ne sent que la dépressibilité ; on saisit le testicule de la main gauche de manière à l'immobiliser, et on appuie avec un doigt sur un point culminant de la tumeur ; on sent qu'avec ce doigt on chasse le liquide et qu'on arrive brusquement sur la surface dure testiculaire ; c'est comparable au choc rotulien qu'on obtient de la même façon. Si l'hydrocèle est volumineuse, il faut saisir la tumeur en plaçant deux doigts d'une main suivant l'équateur et deux doigts de l'autre main suivant le méridien, on appuie avec les deux premiers doigts, les deux autres s'écartent.

J'arrive maintenant au second signe des hydrocèles c'est à-dire à la transparence. D'abord ce signe est également, je le répète, celui des kystes du cordon et des kystes sous-épididymaires. Mais, dans le cas présent, à quoi peut servir la transparence ? Elle peut renseigner sur le siège du testicule, sur la nature du liquide, enfin sur l'épaississement de la paroi. Voyons ces trois points :

1° Le siège du testicule : En général, le point qu'occupe le testicule est opaque, mais il y a des cas où la réfraction du liquide de l'hydrocèle est telle que la transparence est totale et existe même au niveau du testicule ; aussi, le précepte donné autrefois, suivant laquelle on ponctionne à l'endroit où on trouve de la transparence, est faux et a permis plusieurs fois d'embrocher le testicule. Lorsqu'on veut savoir où est celui-ci il vaut mieux s'en remettre à la palpation qui permet de sentir en un point une dureté particulière.

2° La nature du liquide : Il est évident que s'il y a un liquide opaque comme du sang, on ne trouve pas de transparence et on pourrait ainsi distinguer l'hydrocèle de l'hématocèle ; malheureusement, ce n'est pas avec l'hématocèle qu'on est exposé à confondre l'hydrocèle, mais avec les tumeurs du testicule.

3° L'épaisseur de la paroi : A ce point de vue, il y a des faits surprenants ; on voit, par exemple, des hydrocèles très transparente et cependant à paroi énorme.

Donc les renseignements fournis par la transparence sont sujets à caution.

Ceux de la palpation sont plus importants. D'ailleurs, l'anatomie de l'épanchement n'a pas grand inté-

rêt ; ce qui importe, c'est l'état de la paroi. Eh bien, il y a des cas où le liquide contenu dans la vaginale est du sang et où la paroi est peu épaisse, et il y a des cas de pachyvaginalite avec liquide transparent. C'est donc la palpation qui doit fournir les renseignements les plus précis. Quand la fluctuation est très nette, quand la paroi est régulière dans tous ces points, appelez cela hydrocèle, cela suffit au point de vue du traitement ; mais quand la fluctuation n'est pas très nette, quand il y a des points durs, quand la paroi est irrégulière, ne dites ni hydrocèle ni hématoécèle, dites vaginalite. La vaginale peut aller en s'épaississant, elle peut devenir hypertrophique ; quant au liquide, il peut se transformer et devenir sanguin.

Mais quand on a diagnostiqué l'hydrocèle, cela ne suffit pas, il faut diagnostiquer sa cause. Sa cause prochaine, immédiate est évidemment la vaginalite, mais il faut reconnaître la cause de la vaginalite. Vous savez qu'on distingue les hydrocèles en deux variétés : Les hydrocèles idiopathiques et symptomatiques. On appelle idiopathique une hydrocèle due à une cause inconnue qui passe au second plan, l'hydrocèle dominant tout ; voilà dans quel sens, purement clinique, on entend ce mot : idiopathique. On appelle hydrocèle symptomatique celle dont la cause est prépondérante, quel que soit le volume de l'épanchement. Quelle est donc la valeur étiologique de l'hydrocèle, c'est ce que nous verrons dans une prochaine leçon.

(*Indep. méd.*)

Epitheliomas cutanes, leur traitement.

M. Gaucher, étudiant l'épithélioma cutané, qu'on désignait jadis sous le nom de cancroïde, passe en revue les trois formes qu'il comprend : il y a une forme superficielle, l'épithélioma superficiel ulcéreux, constitué par une ulcération sans tumeur, une ulcération qui ne repose pas sur une saillie ; une deuxième forme, superficielle également, est l'épithélioma papillaire où existe une élévation sur laquelle se trouve l'ulcération ; une troisième forme, profonde, elle, est l'épithélioma profond, le cancer de la peau qui est primitivement une tumeur, se développant dans la profondeur de la peau.

La première forme, l'*ulcus rodens*, siège le plus souvent à la face où elle occupe de préférence l'angle interne de l'œil, quelquefois le nez ou encore le front ; il est rare qu'on la rencontre ailleurs.

Le siège de l'épithélioma papillaire, seconde forme, est surtout le nez ; on le voit aussi sur les lèvres, mais alors sa forme est moins active.

L'épithélioma profond, troisième forme, est très rare ; il débute par la profondeur de la peau : son évolution est plus rapide que celle des deux autres formes.

L'étiologie, à propos de l'épithélioma cutané, est

obscur ; la cause efficiente est encore à trouver ; les causes occasionnelles sont l'irritation, de quelque nature qu'elle soit.

Pratiquement, il ne peut y avoir de la confusion qu'avec le lupus et la syphilis ; le pronostic est grave.

Contre l'épithélioma profond, en tumeur, la seule ressource est l'ablation totale chirurgicale, mais il récidive. Contre les formes superficielles, on emploiera les chlorates soit de potasse, soit de mégnésie ; mais le chlorate de potasse est d'une application extrêmement douloureuse.

Pour détruire le néoplasme, trois moyens s'imposent : cautérisation ignée, cautérisation chimique, râclage. M. Gaucher pratique la cautérisation ignée à l'aide du galvano ou du thermocautère.

On attaque le mal à la périphérie par des cautérisations juxtaposées, puis on applique la pommade chloratée.

Si les végétations progressent vite les caustiques chimiques sont préférables ; citons la pâte de Vienne, qui se compose de 60 de chaux vive, 50 de potasse caustique à la chaux, et d'alcool à 90°. Il y a encore deux autres caustiques principaux : les caustiques à base d'arsenic et de chlorure de zinc. Le caustique de Manec contient 2 grammes d'acide arsénieux, 6 grammes de sulfure de mercure, 12 d'éponge calcinée ; la pâte de Canquoin se compose de chlorure de zinc, de farine, de froment et d'eau.

M. Gaucher déconseille formellement l'emploi du râclage.

(*Journ. de méd. int. — Gaz. méd. belge.*)

PEDIATRIE

Constipation chez l'enfant.

La constipation se rencontre surtout chez le nourrisson élevé à la bouteille, dont la diète n'est pas assez riche en matières grasses.

Cette condition se voit aussi parmi les enfants nourris au sein par des mères en santé.

Les nourrices ainsi que les mères font grand cas de la diarrhée, mais la constipation, d'ordinaire, ne les inquiète guère. C'est qu'elles ignorent, que les diarrhées les plus rebelles, sont souvent causées par une constipation négligée, qu'assez fréquemment une constipation habituelle fait place par intervalles aux symptômes d'une entérite aiguë, souvent d'une certaine gravité.

Les causes de la constipation sont très nombreuses. Chez le nouveau-né la rétention se rattache, soit à la qualité du méconium qui n'est pas assez liquide, soit à l'inertie intestinale, soit à une malformation congénitale de quelque point du tube digestif ; l'S. iliaque a des dimensions considérables qui favorisent la constipation.

Quelquefois la rareté des selles tient à l'abus que l'on fait de certaines préparations *calmantes en renom*. Il faut se mettre en garde contre les fissures, qui par la contracture douloureuse qu'elles occasionnent créent un empêchement à l'évacuation régulière de l'intestin.

Dans les familles, on donne sans consultation de l'huile de ricin ou tout autre médicament réputé inoffensif qui discipe le mal pour un certain temps, mais finit d'ordinaire par l'aggraver.

Le traitement rationnel de la constipation chez l'enfant, ne se fait pas au moyen de drogues. Si l'enfant est élevé au sein, il faut examiner le lait de la mère ou de la nourrice, s'assurer que la proportion en matières grasses est suffisante et que les matières protéïdes ne sont pas en excès.

Si le pourcentage des protéïdes est trop fort, il faut prescrire à la mère une vie plus active et une diète moins chargée de ces mêmes substances. Si au contraire les matières grasses font défaut, que l'enfant soit élevé au sein, au biberon ou à la bouteille, il faut porter le taux des matières grasses, au moins à quatre pour cent (4%). Il suffit d'ajouter un peu de crème ou bien d'instituer la cure par le beurre, récemment préconisé par un médecin Allemand. Ce nouveau mode de traitement se prête également bien et pour l'enfant au sein et pour l'enfant nourri artificiellement. Le beurre doit être frais, doux, et donné à l'enfant en nature, sans sel ni fondu. Pour un enfant de deux à trois mois, la dose est d'une cuillerée à thé 3 fois par jour, pendant quelques jours, il faut ensuite diminuer ou éloigner les doses, suivant le besoin. La dose, il va s'en dire varie avec l'âge. Les enfants, prennent sans répugnance ce traitement, qui donne, paraît-il, entière satisfaction pour ceux en-dessous de six ans.

Il faut se mettre en garde contre les suppositoires, les lavements, qui tendent plutôt à faire naître une habitude, comme tout cathartique du reste.

L'intestin habitué pendant un certain temps à répondre à l'irritation rectale, causée par les lavements ou les suppositoires, finit par attendre cette irritation et cesse d'être influencé par l'irritation plus légère, déterminée par la présence d'un bol fécal dans le colon descendant ou le rectum.

Dans certains cas un peu d'eau de Vichy ou de l'eau de chaux, ou un peu de bicarbonate de soude à chaud, un quart d'heure avant la tétée, suffit pour rétablir l'ordre. Parfois recouvrir l'abdomen un peu plus chaudement qu'on ne l'a fait antérieurement suffit pour régulariser les selles.

Le jus de pruneau, le bouillon de veau, trouve son indication chez des enfants arrivés à la fin de leur dixième ou douzième mois. Le gruau bien cuit, agit bien, quand il est donné à des enfants capables de le digérer; c'est-à-dire quand leur sécrétion de ptyaline et de pancréatine est suffisamment bien établie pour agir sur les

substances amidonnées. Cet âge varie entre un an et un an et demi.

Le massage abdominal, avec un corps gras quelconque : huile de ricin, d'olive, de foie de morue, etc., peut quelquefois donner des bons résultats. Ce massage ne doit jamais être violent. Il doit être fait de droite à gauche, en lui imprimant un mouvement circulaire, sans perdre de vue la région et la direction du colon, siège le plus habituel du mal.

Il ne faut pas oublier que les langes et les bandes abdominales trop serrés, sont aussi une cause de constipation, par la compression à laquelle ils assujettissent les muscles abdominaux, les empêchant par le fait même d'aider à la fonction de défécation.

On semble vouloir leur attribuer une protection contre les hernies, mais on ne définit rien.

On ne veut certainement pas faire allusion aux hernies inguinales ou crurales, les plus fréquentes chez les enfants; il ne reste que les moins fréquentes, les hernies abdominales. Prenez les bandes les mieux ajustées au moment de la toilette, examinez-les une demie heure, une heure après et comment les trouverez vous? ou tout-à-fait remontées, ou tout-à-fait descendues, ne répondant nullement à ce qu'on en attendait.

D'un autre côté, il est bien reconnu que plus un muscle travaille, mieux il se développe; les muscles abdominaux ne font pas exception à cette règle. Il faut donc leur laisser entière liberté, et ne pas paralyser leur développement par une compression exagérée, inutile, on pourrait même dire barbare.

L'enfant a besoin d'exercice pour se développer et si ses mouvements sont gênés comment y arrivera-t-il?

DEROME.

INTERETS PROFESSIONNELS.

Le Bill Roddick. (1)

Nous croyons devoir revenir sur un incident de la dernière réunion du Bureau Médical.

Comme nous l'avons dit dans notre numéro du mois d'octobre, un certain nombre de Gouverneurs semblaient avoir adopté pour tactique de ne pas entendre les arguments des adversaires du Bill Roddick. Ainsi, sans tenir compte de ses trente-six années de professorat, de sa position de Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval, de sa double qualité d'ex-président et de plus ancien membre du Bureau, on crût devoir interrompre violemment M. le Dr Simard quand il affirma que le bill Roddick enlèverait aux canadiens-français tout contrôle sur l'enseignement médical pour le remettre aux mains des gens d'Ontario, et il fut promptement rappelé à l'ordre lorsqu'il offrit de prouver cet avancé.

(1) du "Bulletin Médical de Québec" par M. le Dr L. J. O. Sirois, de Saint-Ferdinand d'Halifax.

M. le Dr Simard avait pourtant bel et bien raison.

Le seize juin dernier, M. le Dr Roddick exposait un projet devant le Conseil médical d'Ontario et nous trouvons le compte rendu sténographique de son discours dans l' "Announcement of the College P. and S. Ont."

Voici ce que nous y lisons page 114 :

"On the question of the composition of the Council, you are familiar with the Bill, that is, that each province should be represented by three men. One reason for making thisthree and making the member uniform through the provinces was to make it impossible for the Province of Quebec, with its large French representation, to come forward and say: Now, you are opening the door and we will insist upon a special representation, and that is really what the profession in the Province of Quebec is looking for to day. They say, if Ontario insists upon a representation by population we will have representation by population too. We will have eight French-Canadian members of that Council, and give the English two; Quebec will have ten representatives and Ontario may have as many then as she likes. I hope then that this question will be approached with very great thoroughness. We have, we think, wisely arranged for three men of each province and after all it is a representation by numbers, not by population; for, when you come to understand the Act you will understand this, that three could do the work just as well as a larger number, because, as was just said before the committee, they are expected to do police duty. The three men from the province of Ontario are to see that this act is carried out to the letter, and to see that no examination is held of men who are going to practice in your province afterwards which is of a lower standard than that which you are in fact having here to day, either professional or matriculation; so that really it was not need such a number of men. And when you think, that there will always be three at the Board from this province, because the Board meetings will be held in the city of Toronto, you will always be represented by your three men, and there will seldom be more than eight or ten members of the Council present, because they have to come such long distances — they will not always be present, though they may now and then — but then will always be three men of Ontario, and it is largely from Quebec that difficulty may be looked for; but there will be no difficulty whatever I am sure of this matter decided upon."

C'est clair n'est-ce pas, le but des promoteurs du Bill est de restreindre le plus possible la représentation canadienne-française. Avec trois membres par province le nombre des canadiens-français dans le Conseil médical du Dominion se trouvera nécessairement limité à deux, au plus. Les cent médecins de l'Isle du Prince Edouard auront trois représentants soit un pour trente-trois, et les canadiens-français un pour cinq cent cinquante.

M. le Dr Simard avait-il tort !

L'aveu presque cynique du Dr Roddick à Toronto, est la meilleure réponse à ses interrupteurs, l'éclatante justification de ces avancés.

Que pensez vous de cette affirmation du Dr Roddick: "The three men from the Province of Ontario are to see that this Act is carried out to the letter, etc?" N'est ce pas la preuve que les délégués de Québec seront mis en tutelle, sous le contrôle des trois représentants d'Ontario qui rempliront le rôle gendarmes avec l'aide complaisante de leurs collègues des autres provinces. Jolie perspective, en réalité !

"It is largely from Quebec that difficulty may be looked for." Qu'a voulu dire le Dr Roddick en lançant cette insinuation qui frise l'injure si on cherche à en pénétrer le sens par le contexte ! Serait-il vrai qu'un médecin de Québec est allé dire aux gens d'Ontario que nos programmes, nos examens, etc., auraient besoin de leur surveillance active ?

Si c'est réellement là la croyance de M. le Dr Roddick il aurait dû commencer par prêcher la réforme de l'enseignement médical dans sa propre province avant d'aller la décrier à Toronto et de chercher à l'entraîner dans une alliance qui lui réserve : avanies et humiliations.

Pourquoi le Dr Roddick n'a-t-il pas exposé ces mêmes raisons le 23 janvier dernier, à la Société médicale de Québec, invoqué ces mêmes arguments devant les Gouverneurs du Bureau au mois de Septembre ? Croit-il cette politique à double face propre à lui attirer les sympathies et à détruire tout sentiment de défiance envers son projet de loi ! Ne justifie-t-elle pas, au contraire, la lutte que nous avons fait contre le bill, lutte que nous entendons continuer devant le Parlement fédéral, devant l'assemblée législative si jamais on y fait appel, et surtout devant l'électorat médical qui, au mois de Septembre prochain, décidera s'il veut abandonner ses droits, privilèges et prérogatives en retour des injures qu'on lui prodigue pour flatter le fanatisme ontarien.

FORMULAIRE

Cardiopathie dans l'arterio-sclérose.

(CARRIEU.)

Administrer la spartéine — qui, tout en stimulant le cœur, n'influence pas la pression artérielle — en l'associant à l'iodure de potassium, médicament par excellence de l'artério-sclérose :

Iodure de potassium.....	0 gr. 50 à 1 gr.
Sulfate de spartéine.....	0 gr. 10 centigr.
Julep gommeux.....	90 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères 30	—

F. s. a. A prendre dans le courant de la journée.

(L'Ind. méd.)

Travaux Originaux

Coq-à-l'âne médicaux.

La fougère mâle. — L'emploi de la fougère n'est pas toujours sans danger : nausée, vertige, syncope, convulsions, parfois, rarement, la mort, précédée de coma. Il peut se produire de l'amblyopie et de l'atrophie du nerf optique. Ces signes toxiques sont dûs à la présence de la flicine ou acide filicique. L'addition d'une huile à la fougère diminuerait son effet sur le taéniq, mais augmenterait son action toxique générale. On ne doit pas, donc, comme cathartique, ajouter de l'huile de ricin à la fougère. Il paraît inutile de faire faire un long jeûne au patient : se passer de déjeuner le jour même suffit. La veille, un cathartique salin. Le meilleur adjuvant de la fougère est le kamala, qui est à la fois ténic. et purgatif. On peut combiner une drachme de teinture de kamala et une drachme de teinture de fougère ; on en fait une émulsion d'environ deux onces. Le patient doit aller à la selle au-dessus de l'eau chaude. Pour que le ver soit expulsé en totalité, Kime, de Iowa, a suggéré, lorsque une partie en est sortie, d'injecter un demi-grain de morphine hypodermiquement dans le corps du parasite ; cette injection le tuera, et il serait évacué en entier. (*Medecine*).

La figure et la pupille dans la névrite alcoolique. — Sir T. Lander Brunton (*B. M. J.*) dit que la figure est souvent comme un masque, sans expression ; les lèvres semblent se mouvoir sans que les joues participent au mouvement. Une bande fixe semble unir les yeux. La pupille, à l'encontre de celle d'Argyll-Robertson, a un réflexe rapide et étendu à la lumière ; à l'accommodation, il est lent et manque complètement parfois.

Myokimie. — Le docteur Williamson (*B. M. J.*) rapporte un cas de cette affection rare, caractérisée par un tremblement particulier et persistant des muscles. Son patient était un jeune homme de vingt et un ans, commis. La jambe droite avait été paralysée depuis son enfance (poliomyélite antérieure) ; à seize ans, à la suite d'un accident, la cuisse paralysée a dû être amputée. Il y a deux ans, il a remarqué, dans la jambe droite, un tremblement des muscles qui s'est étendu rapidement à ceux des bras, du tronc, de la figure et de la langue. Depuis l'apparition de ces symptômes, il n'y a pas eu de

diminution ni de cessation. Pas alcoolique, mais un buveur de thé. La contraction se voyait dans quelques fibrilles d'un muscle ou dans tout le muscle. Ces tremblements persistaient toute la journée, même le sujet au repos. Les yeux étaient respectés, il n'y avait pas de nystagmus. Les ondulations étaient fréquentes et fibrillaires, et non diminués par les mouvements volontaires. Aucune rigidité, ni altération de la sensibilité, de l'intelligence, ni de la température. Aucune lésion organique du cœur, des poumons ou de l'abdomen. Insomnie fréquente. Peu de chose aux réflexes : pas de traces de basedowisme. Un traitement de quatre semaines n'amena aucune amélioration.

Cette maladie a reçu son nom de Schultze et il n'y a que quelques cas de signalés. Elle semble entrer sans la classe des myoclonies ; cependant, elle serait distincte du paramyoclonus de Friedreich ou de Kny, de la chorée fibrillaire de Morvan, de la chorée électrique de Bergeron, de Rubini.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Hémorragies névropathiques des voies digestives.

par M. LANCEREAUX (Acad. de méd.)

Les hémorragies névropathiques du tube digestif, négligées de nos jours, ont cependant été entrevues jadis.

Elles se montrent sur les différents points de cet appareil : bouche, estomac et intestins. Elles surviennent assez souvent à la suite d'une émotion.

Il n'est pas toujours facile de séparer les hémorragies névropathiques du tube digestif de celles qui se lient à un désordre matériel, ulcère, cancer, etc. Ces dernières se distinguent, néanmoins par un début brusque, et se répètent au bout de peu de temps, tandis que les premières, toujours associées à des prodromes, réapparaissent au bout d'un laps de temps parfois très long et ne permettent la constatation d'aucun désordre matériel.

Les entérorrhagies névropathiques, comme les gastrorrhagies tuent rarement et ne sont graves que par leur répétition ; les premières sont moins redoutables dans le gros intestin que dans l'intestin grêle.

Les unes et les autres offrent des indications thérapeutiques assez semblables : opiacés, glace sur le ventre,

injections d'ergotine. Si le sang vient de l'estomac, potion avec XX gouttes de perchlorure de fer. Toutefois, étant donnée la nature du mal, l'usage de la quinine ne doit pas être négligé, surtout quand les hémorrhagies se continuent d'une façon intermittente pendant plusieurs jours. Les émissions sanguines locales peuvent avoir leur utilité, surtout quand l'hémorrhagie intestinale vient suppléer des hémorrhoides qui ont cessé de couler. En dernier lieu, il reste à modifier la constitution nerveuse par l'hydrothérapie, une régime convenable à un exercice modéré.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Les palpitations du cœur.

Le Dr Potain en distingue trois grandes classes :

1° Les palpitations *symptomatiques*, soit d'une altération du sang, soit d'une lésion constituée du cœur ou des vaisseaux ;

2° Palpitations *sympathiques*, c'est-à-dire provoquées par une affection primitive de quelque autre organe. Parmi les diverses origines de ces palpitations, la plus importante est celle qui se trouve dans l'appareil gastro-intestinal ;

3° Palpitations *nerveuses*, constituant, à proprement parler, une névrose cardiaque. Ces palpitations se font remarquer dans l'hystérie, la neurasthénie, la maladie de Basedow. On les constate aussi dans les intoxications par le café, le thé, le tabac. Certaines intoxications que l'on ne soupçonne guère, agissent de même. Ainsi la goutte s'accompagne parfois de palpitations, en dehors de toute lésion du cœur.

Les formes cliniques des palpitations peuvent être ramenées à trois :

4° La forme *hyperkynésienne* caractérisée par l'intensité de l'impulsion de la pointe du cœur et l'altération des battements ;

2° La forme *arythmienne*, caractérisée par l'irrégularité des battements ; le malade a le sentiment de l'arrêt du cœur ;

3° La forme *hyperesthésienne*, dans laquelle les palpitations s'accompagnent d'un endolorissement presque permanent de la région thoracique, soit d'une névralgie intercostale. C'est la forme propre aux hystériques.

La plupart du temps on trouve que les palpitations ont leur cause dans des troubles gastriques ou dans quelque intoxication. C'est là dessus qu'il faut baser le traitement. Quand l'usage immodéré du café, du thé ou du tabac en est cause, il faut absolument proscrire ces agents, car la moindre dose de ces poisons peut entretenir les accidents chez les sujets qui en ont déjà été atteints.

Si les palpitations semblent résulter de certaines causes d'épuisement nerveux, il faut imposer au malade un repos absolu, éloigner tous tracas, toute fatigue, et cela pendant un temps assez long.

Mais la guérison se ferait souvent attendre de longues semaines, si l'on ne mettait en usage quelque moyen de traitement capable d'agir sur les palpitations elles-mêmes. Les influences nerveuses ont toujours joué un rôle important dans leur pathogénie et c'est aux médicaments nervins qu'il faut surtout s'adresser. Il faut s'abstenir de la digitale, car ce médicament en exagérant les troubles digestifs, serait capable d'entretenir les palpitations. Il sera plus rationnel de s'adresser aux bromures et à la valériane. Le bromure de sodium est un médicament de choix que l'on peut donner longtemps mais à petites doses. Les lavements d'infusion de valériane à 4 grammes sont très utiles, quand les palpitations reconnaissent des troubles utéro-ovariens. Le valérianate d'ammoniaque est également efficace par voie buccale.

La révulsion sur la paroi thoracique, en agissant sur les extrémités nerveuses, procure un soulagement manifeste à beaucoup de malades.

(Le médecin.)

Traitement de la masturbation par l'hyoscine.

MM. Mairat et Ardin-Delteil ont expérimenté l'hyoscine en injections hypodermiques chez dix-neuf aliénés masturbateurs invétérés et adonnés avec frénésie à leur vice.

Ils ont obtenu : 12 fois une disparition complète de l'onanisme, se maintenant depuis plus de huit mois ; 6 fois une sédation ne durant que quelques jours, mais toujours suivie d'une atténuation marquée des pratiques honteuses : une seule fois ils ont échoué, à cause de l'agitation du malade.

Voici le résumé de leurs constatations.

1° L'hyoscine en injections hypodermiques, a une action manifeste sur la masturbation.

Le plus souvent, elle la fait disparaître complètement pendant plusieurs mois consécutifs ; d'autres fois, la suppression n'est que momentanée, mais les pratiques persistant sont toujours considérablement atténuées ; quelquefois, l'hyoscine ne produit qu'une simple diminution de l'excitation génésique ; très rarement elle n'a aucun effet utile.

2° Les doses efficaces varient entre un demi-milligramme et deux milligrammes par jour, chiffre maximum. Il est bon de n'atteindre ces doses que progressivement, en débutant par un quart de milligramme.

Les effets thérapeutiques se manifestent dès le troisième ou quatrième jour. Mais, pour les rendre durables il faut continuer les injections avec une extrême prudence, et en diminuant les doses, pendant dix ou quinze jours.

3° L'hyoscine peut produire des effets toxiques rappelant ceux de l'atropine. Ceux-ci se manifestent à des doses variables suivant les susceptibilités individuelles, et suivant le degré d'agitation des malades.

L'hyoscine s'accumule dans l'économie.

4° L'hyoscine paraît agir sur le centre génito-spinal pour déterminer une véritable impuissance temporaire, en supprimant l'érection.

(*J. de méd. de Paris.*)

OBSTÉTRIQUE

Des hématomes de la vulve et du vagin au cours de la puerpéralité.

par M. PHELLIPPON.

L'hématome de la vulve et du vagin est un épanchement de sang dans le tissu cellulaire qui entoure la vulve et le vagin, épanchement qui peut être collecté ou à l'état d'infiltration. Au cours de la puerpéralité, on peut le voir se produire à plusieurs périodes : pendant la grossesse, pendant le travail ou pendant les suites de couches. Dans le mécanisme de la formation de l'hématome, il faut tenir compte, dit M. Phellippon, des causes prédisposantes et surtout des causes déterminantes : pendant la grossesse, on retrouve toujours un traumatisme, même minime, direct ou indirect ; pendant le travail, la collection est consécutive au traumatisme exercé par la tête fœtale sur les parties molles du bassin ; après la délivrance, l'épanchement se fait dans une cavité virtuelle produite pendant le travail. Le pronostic, aux différentes périodes de la parturition, est devenu généralement bénin depuis l'emploi des méthodes aseptique et antiseptique : il n'offre de gravité que dans les cas, heureusement rares, où un épanchement sanguin volumineux a fusé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ou bien quand les précautions antiseptiques n'ont pas été rigoureusement prises. Le traitement varie suivant les indications : expectation ou incision de la collection.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

Traitement de la rétroversion irréductible de l'utérus gravide.

par M. CLERC.

Les vomissements incrochables de la grossesse arrivent parfois à mettre en danger la vie de la mère, en amenant une dénutrition et une cachexie suraiguës. En pareil cas, après échec des moyens médicaux, les classiques conseillent de pratiquer l'avortement. (L'Eglise catholique défend cette pratique avant que l'enfant ne soit viable. *Red.*) Très souvent ces vomissements sont dus à une rétroversion irréductible ou non de l'utérus gravide, puisqu'ils cessent quand la rétroversion est réduite. Pour réduire la rétroversion d'un utérus gravide on doit commencer d'après M. Clerc par mettre en

œuvre tous les moyens dits "de douceur" ; réduction digitale par le vagin ou le rectum, position gèneu-pectorale. Tous les moyens qui nécessitent l'introduction d'un instrument quelconque dans la cavité utérine doivent être rejetés. Dans le cas où la rétroversion résiste à tous les moyens de douceur, à cause de la nature des adhérences ou pour toute autre raison, c'est à la cœliotomie qu'il faut recourir. La cœliotomie permet d'y voir clair, de diagnostiquer à coup sûr la cause de l'irréductibilité, de supprimer cette cause et de placer l'utérus gravide en bonne position. Si la grossesse est à son début et si on craint que l'utérus puisse retomber dans sa position vicieuse, on le fixera à la paroi abdominale par un fil. S'il s'agit, au contraire, d'un utérus volumineux, on n'a pas à craindre la récurrence, et l'hystéropexie est inutile. La cœliotomie, en pareil cas, n'a pas de gravité spéciale pour la mère ni pour le fœtus, à la condition, bien entendu, qu'elle soit aseptique.

(*Ibid*)

De l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques.

par M. VALENCY.

Dans les bassins rachitiques compris entre 8 cent. et demi et 11 centimètres, l'accouchement spontané est possible, pour M. Valency, à condition qu'il n'existe pas une trop grande disproportion entre le volume de la tête et la capacité du bassin, ce dont on peut s'assurer par le palper mensurateur et par le procédé de Perret, que les contractions utérines soient régulières et énergiques, et qu'enfin il n'y ait aucun obstacle du côté du col ou des parties molles s'opposant à la dilatation.

De ce qu'une femme aura eu un ou plusieurs accouchements dystociques, il ne faut pas inférer que l'accouchement actuel ne se terminera pas spontanément.

Dans les bassins plats et en particulier dans ceux dont le détroit supérieur est seul rétréci, l'accouchement est plus facile que dans les bassins généralement rétrécis. Le plus souvent le travail est plus long que dans le bassin normal, quoique dans certaines circonstances sa longueur n'excède pas celle d'un accouchement eutocique.

La durée du travail n'a pour la mère aucune conséquence grave : la morbidité n'est pas plus fréquente que dans les accouchements normaux ; la mortalité est nulle.

La mortalité infantile, de beaucoup supérieure, est sensiblement au-dessous de celle que l'on observe après la symphyséotomie. Les déformations plastiques et les enfoncements de la voûte crânienne ne sont pas rares. L'auteur n'a jamais constaté de fractures.

L'avenir de ces enfants n'est nullement compromis. Les troubles nerveux que beaucoup d'auteurs attribuent

à un accouchement difficile sont plutôt dus à une hérédité pathologique.

(Ibid.)

CHIRURGIE

De la fracture indirecte de la base du crâne.

par M. LAUBIE.

L'existence des fractures indirectes de la base du crâne produite à grande distance du point d'application de la violence extérieure est actuellement admise par tous les auteurs. On en a d'ailleurs produit dans des expériences.

M. Laubie admet pour les expliquer soit la théorie du resserrement en éventail de Chipault et Braquehaye, soit la théorie de l'éclatement par augmentation des diamètres, et rejette les théories du contre-coup, de l'amplification des vibrations, du cône de soulèvement, etc.

Les expériences qu'il a faites avec M. Braquehaye sur les fractures bipolaires l'ont amené à des conclusions analogues à celles des auteurs allemands : mais quelques points spéciaux de ses conclusions méritent d'être retenus : 1° l'augmentation de la résistance de l'étage moyen due à la soudure possible des apophyses clinoides ; 2° le rôle important joué par la dure-mère dans l'immunité de la région indemne de Felizet.

Le mécanisme des fractures indirectes et de certaines fractures qui ressemblent à des fractures par irradiation est identique. Le crâne éclate au sommet de l'axe de compression et le trait de fracture se dirige vers le point d'application de la force. Le maximum d'écartement se trouve à la partie moyenne.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Traitement des plaies infectées.

par LEJARS.

Tout d'abord, bien que le nombre de plaies guérissent sans traitement spécial, malgré leur richesse en microbes de toute sorte, il est impossible de prévoir l'avenir, et toute plaie accidentelle doit être tenue pour infectée.

Il ne faut plus aujourd'hui se leurrer de l'espoir de pouvoir détruire tous les germes infectieux dans une plaie, car ils sont résistants, et il faut se souvenir, quand on emploie des antiseptiques puissants, de la vulnérabilité des cellules vivantes qui constituent les éléments actifs de la défense. Von Esken a montré expérimentalement les dégâts produits par les antiseptiques sur la vitalité cellulaire.

Les données nouvelles démontrent que l'intervention utile doit se borner, en résumé, à la détersion précoce du foyer traumatique et de la peau environnante, suivie et complétée par un pansement qui assure la protection de la plaie et le drainage continu.

Le meilleur traitement des plaies est donc le traitement aseptique que Lejars formule de la manière suivante :

Plaies nettes par instruments tranchants. — Désinfection manuelle du chirurgien. La peau ambiante sera savonnée, passée à l'alcool qui est un merveilleux agent de décapage de la peau, brossée et lavée à l'eau bouillie, ou avec l'eau salée à 7 pour 1,000. On essuiera un peu fortement avec des tampons de ouate stérilisée à l'autoclave, on chassera les caillots, les souillures de toute sorte, et si la plaie est fraîche, bien nettoyée, on sera autorisé à suturer, en laissant un drain à l'extrémité la plus déclive.

Plaies contuses, écrasements, plaies par armes à feu. — Dans ces cas, l'attrition des tissus les met dans un état d'infériorité pour la défense contre l'infection. Se garder de toute action locale qui puisse l'augmenter : rejeter les antiseptiques forts, le thermocautère, qui ne peuvent détruire tous les microbes. Débrider, exciser les lambeaux, mettre à net le foyer traumatique. Puis déterger la plaie méthodiquement dans toutes ses anfractuosités avec de l'eau bouillie stérilisée, faire de grandes irrigations et laisser le tout béant, sans réunion. Se servir pour le pansement de compresses stérilisées humides, de ouate hydrophile et d'une bande, sans tissu imperméable interposé, de façon à laisser toute facilité aux phénomènes d'osmose de s'exercer.

Dans les plaies par armes à feu, Taval a pu dire que moins on fait, mieux on fait. Détersion aseptique et drainage dans les foyers étendus, occlusion antiseptique des orifices d'entrée et de sortie, telle est la pratique la plus sûre.

Plaies infectées avec réactions locales et généralisées. — Les recherches de Koller sur les plaies produites par balles infectées ont donné les résultats suivants :

Les animaux traités par le thermo-cautère et les antiseptiques forts succombaient, ceux traités par le drainage guérissaient, celui qui servait de témoin et dont les plaies étaient simplement suturées, guérissait toujours plus vite.

Des expériences analogues de Von Eicken, de Préobrajenski, donnent des résultats semblables, qui ont d'ailleurs été confirmés par l'observation humaine. Aussi, un certain nombre de chirurgiens de tous les pays emploient-ils maintenant exclusivement le traitement simplement aseptique. Lejars ne conserve comme antiseptique, et seulement pour certains cas particuliers, que l'eau oxygénée.

Contre l'infection existante, la sérothérapie antitoxique représenterait la méthode naturelle et scientifique. Mais cette sérothérapie n'est encore qu'à l'état

d'ébauche. Il faut donc se contenter d'un traitement local.

Ce traitement sera celui qui vient d'être exposé pour les plaies contuses.

(*J. de méd. de Paris.*)

PEDIATRIE

Le traitement de l'ophtalmie purulente.

Le médecin n'a que l'embarras du choix entre les nombreux traitements de l'ophtalmie purulente. Le point important consiste dans l'application rigoureuse du traitement, et il faut convenir que cette application est souvent difficile.

Aussi faut-il s'en tenir au traitement le plus simple. Celui que rapporte M. Guiot dans l'*Année médicale de Caen* nous semble répondre à cette condition.

Comme son maître, M. Abadie, il préconise des cautérisations dès le début avec la solution de nitrate à 3 p. 100, cautérisations répétées toutes les douze heures et suivies de neutralisations, cautérisations faites avec un pinceau plutôt gros. Ce détail a son importance, car le salut des yeux peut en dépendre. C'est une erreur d'utiliser un pinceau fin, qui se charge mal et couvre imparfaitement : un pinceau de grosseur moyenne atteint plus sûrement et mieux toute la surface des culs-de-sac ; la même remarque s'applique au pinceau destiné à la neutralisation, et qui devra porter un signe distinctif.

La solution de nitrate devra être surveillée de très près : être contenue dans une bouteille de verre coloré et non dans une bouteille de verre blanc, simplement entouré de papier, comme cela se fait trop souvent. La solution devra être fréquemment renouvelée. Jamais on ne devra pratiquer une cautérisation sans s'être assuré de sa limpidité parfaite.

Des lavages plus ou moins répétés, suivant l'abondance de la sécrétion, avec la solution de permanganate de potasse à 0,25 p. 1000 ou compresses glacées, complètent le traitement, et si la cornée est ulcérée, iodoforme et éserine.

(*J. de méd. de Bordeaux.*)

THERAPEUTIQUE

Applications thérapeutiques des propriétés vaso-constrictives de la quinine.

(Soc. de théér.)

M. Huchard fait une communication d'ensemble sur les bons effets qu'il a eus de la quinine dans plusieurs

états morbides où l'on doit lutter contre une vaso-dilatation, soit localisée, soit étendue à tout le système vasculaire périphérique.

I. — Confirmant les résultats annoncés en 1871 par Guéneau de Mussy et obtenu tout récemment par M. Liégeois, M. Huchard a eu de très bons effets en employant la quinine à haute dose (1 à 1 gr. 50 *pro die*) dans le traitement de congestions et d'hémorragies diverses, hémoptysies et métrorrhagies en particulier.

Suivant les cas on associera la quinine à d'autres médicaments : ergot de seigle et digitale (hémoptysies) opium, antipyrine (métrorrhagies entretenues par une névralgie lombo-abdominale et non justiciables de l'ergot de seigle).

II. — C'est encore l'action vaso-constrictive de la quinine qui explique les succès obtenus par Gellé, Mossé et par M. Huchard dans le traitement de la grippe, maladie caractérisée par un état d'hypotension artérielle plus ou moins accentuée.

III. — L'action vaso-constrictive de la quinine trouve une application importante dans le traitement du goître exophtalmique si, avec Reynier et Paulesco, on admet que le principal trouble de cette maladie est une vaso-dilatation active primitive des vaisseaux du cou ou de la tête. Partant de cette vue théorique, Paulesco a proposé de traiter le goître exophtalmique par l'emploi prolongé et quotidien de la quinine (1 gr. au repas du soir en 2 fois), et ainsi il a obtenu, dans 2 cas, une amélioration très accusée. Soulier (de Lyon) a confirmé ce résultat dans deux observations en employant la quinine à la dose quotidienne de 0 gr. 75 pendant 1 mois. M. Huchard, à son tour, s'est servi de cette médication chez 6 basedowiens, il a prescrit du bromhydrate de quinine, 1 gr. 50 en 3 fois pendant 8 jours, 1 gramme en 2 fois pendant 3 jours, 0 gr. 50 pendant une 3e semaine, et ainsi de suite pendant plusieurs mois avec quelques interruptions. Dans 4 cas sur 6 les résultats ont été très encourageants.

IV. — Dans certaines insuffisances aortiques très pulsatiles, avec battements violents des artères cervicales, phénomènes nerveux divers parmi lesquels, l'insomnie, la céphalalgie pulsatile, l'excitation nerveuse, tiennent la première place, la vaso-dilatation et prédominante et le bromhydrate de quinine rend le plus grands services.

V. — Il est enfin une affection, non décrite par les auteurs, que M. Huchard a observée déjà une trentaine de fois, et qu'il appelle tachycardie orthostatique, par analogie avec l'albuminurie orthostatique. Cette tachycardie se produit dès que le malade est debout, devient alors très marquée, et souvent extrêmement gênante (vertiges, céphalée, palpitations, vide cérébral), puis cesse dès que le malade s'assied et surtout dès qu'il se couche. La tachycardie orthostatique n'est, en somme, que l'exagération du pouls instable et se trouve liée à l'hypotension artérielle très accentuée.

On sait, depuis Senac, depuis Graves, que, en passant de la position horizontale à la position verticale, on augmente de 6 à 8 le nombre des battements du cœur par minute. M. Huchard a montré que chez les hypertendus, l'écart des pulsations dans les deux positions tend à disparaître, et même à être renversé ; au contraire, chez les hypotendus, l'écart physiologique augmente et l'hypotension est en raison directe de l'écart des pulsations. La tachycardie orthostatique est un accident de l'hypotension arrivée à un degré considérable. Le frein vasculaire est relâché, et le cœur, suivant la loi de Marey, se contracte d'autant plus vite qu'il a moins de peine à se vider.

L'indication thérapeutique est donc bien remplie par un vaso-constricteur. L'ergot de seigle échoue dans ces conditions, mais la quinine à hautes doses paraît produire de bons effets.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

BACTERIOLOGIE.

Le parasite du cancer.

M. von Leyden (Soc. méd. Charité Berlin) a exposé les diverses hypothèses qui ont été émises au sujet de la nature du cancer, et il conclut à sa nature parasitaire. A l'appui de cette théorie, diverses preuves peuvent être invoquées. C'est d'abord l'inoculation du cancer qui, dans maintes expériences ou observations, a été suivie de résultats positifs. C'est, en second lieu, la découverte d'un parasite.

Depuis bien longtemps on a cherché à trouver le parasite du cancer, et, pour ne citer que quelques noms, on se souvient des descriptions de Schemlen, Schüller, Léopold, etc. M. von Leyden, lui aussi, a découvert un parasite : c'étaient, dans une ascite cancéreuse, des cellules mobiles à prolongements en éventail qui ont été considérées par lui et par Schaudium comme des amibes.

Cette manière de voir a été combattue par Pleiffer. M. von Leyden admet que ces cellules ne sont pas des amibes, mais quelque chose de spécial que l'on n'a rencontré que dans le cancer, des cellules contractiles contenant des parasites qui sont des protozoaires de nature amiboïde. Il a cherché, mais sans succès, à cultiver des amibes sur les fragments de cancer ; mais ces recherches ont eu pour résultat de lui apprendre à mieux connaître ces amibes. Leurs mouvements et la présence d'une vacuole pulsatile n'ont rien de caractéristique ; mais ce qui les caractérise le mieux, c'est la forme de leur noyau que l'on peut comparer à un œil d'oiseau, c'est-à-dire qui se présente comme un point foncé avec une bordure claire entourée elle-même d'un anneau foncé.

Les amibes parasitaires ne sont pas pourvus d'une capsule ; ils sont contenus à même dans le protoplasma des cellules, dont leur propre protoplasma se différencie avec peine.

Grâce à un procédé de coloration spécial, M. von Leyden pense avoir découvert des parasites de ce genre dans les cellules cancéreuses. Ils ressemblent aux plasmiodiophora (sporozoaires) et se trouvent en nombre variable dans le corps de la cellule, au voisinage du noyau qui lui-même ne présente aucun signe de destruction ou de division. Ces parasites seraient, pour M. von Leyden la cause du cancer.

M. Jurgens, discutant la communication de M. von Leyden, prétend que toutes les tentatives faites dans le but de colorer le parasite du cancer ont échoué, et que les préparations qui viennent d'être présentées n'ont rien de démonstratif.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

CORRESPONDANCE.

Capsule surrénale et les maladies du cœur.

Cher confrère,

Je vous prie d'avoir la bonté de publier la lettre circulaire suivante dans la Revue Médicale aussitôt que vous le pourrez.

Le soussigné qui depuis quelque temps s'occupe de recherches dans le domaine de l'opothérapie surrénale, spécialement sur l'emploi de la substance de capsules surrénales dans les maladies organiques du cœur (Voir *The Use of the Suprarenal Capsule in Diseases of the Heart*, *New-York Medical Journal*, 6 octobre 1900, p. 581-585), serait bien reconnaissant si quelques-uns des lecteurs de ce journal voulaient avoir la bonté de lui envoyer, à l'adresse ci-après, des rapports de cas observés de cet ordre, contenant des observations 1° sur la condition du cœur et du pouls, sur la fréquence du pouls, etc., ayant l'administration du remède, 2° sur l'action de 20 centigrammes de poudre surrénale desséchée (Suprarenal capsules, desiccated), en capsules légèrement remplies, dans dix minutes après que le malade l'a mâchée et avalée *sans eau*.

Veillez agréer, monsieur le docteur, avec mes remerciements anticipés, l'expression de mes sentiments confraternels.

Dr S. FLOERSHEIM.

Prière d'adresser les réponses à 218 East 46 th St., New York, N.-Y., U. S. A.

New-York, le 12 janvier 1901.

ETUDES ET PORTRAITS.

Les grands et les petits médecins.

Railler les médecins est une nos traditions gauloises, comme de rire des moines ou de s'amuser des malheurs conjugaux. Diafoirus est, comme Sganarelle, un texte éternel à joyeux et facétieux devis. Ces menus propos sont comme la "visite de digestion" du malade. Quand il redeviendra pâle et frissonnant, regardant la pendule pour voir si l'heure arrive où d'habitude le docteur doit venir, il rira moins. Les médecins ont aussi leurs revanches.

Le docteur Charcot fut, un jour, prié d'aller au chevet d'un écrivain — brave homme d'un rare talent, du reste — le baron Platel, qui signait *Ignotus* des portraits singulièrement vivants et qui avait précisément écrit un article fort désagréable sur le savant professeur de la Salpêtrière.

Lorsque Platel le vit entrer dans sa chambre de mourant, sa première parole fut :

— Avant tout, docteur, vous savez que vous venez chez *Ignotus* ?

— Oui, je le sais, répondit Charcot, et c'est parce que je viens chez *Ignotus* que je ne viens pas chez un client et que vous m'avez forcé de vous traiter en ami !

Le pauvre Platel, attendri, eût bien voulu déchirer la page autrefois écrite. Noblement, Charcot faisait mieux : il l'effaçait.

Lorsqu'un de ces princes de la science est penché sur nous, disputant au mal le corps qui souffre, épiant la maladie ou arrachant, d'un coup de scalpel, le germe de la mort, lorsque, avec le sang-froid admirable du mathématicien et la gravité quasi-sacerdotale de l'officiant, le chirurgien, silencieux, opère le malade qui, sans lui, n'aurait sûrement que quelques heures à vivre, les seuls sentiments qu'on éprouve sont ceux de l'admiration et de la reconnaissance. J'ai vu, à l'hôpital Lariboisière, une malade, à qui l'on venait de couper la jambe, serrer avec effusion les mains du chirurgien, en répétant : "Merci" Elle criait instinctivement, la mutilée, le seul mot que l'on doive à la science en trouvant, au surplus, très naturel, que les savants eux-mêmes aient leurs passions et leurs erreurs, comme le reste de l'humanité.

Ce qui est parfaitement ironique dans les opinions professées à l'endroit et, je dirai volontiers, contre les médecins, c'est la facilité avec laquelle les mêmes gens qui discutaient avec une facilité merveilleuse la gloire les travaux et les découvertes d'un maître, acceptent les ordonnances et les remèdes des charlatans et des rebouteurs. Je sais des gens qui se moqueraient des prévisions ou des conseils d'un homme de génie et qui iraient parfaitement consulter Mlle Couesdon — que dis-je ? — qui y vont. Les somnambules ont encore plus de clientèle et rencontrent plus de croyants que nos docteurs

illustres. La foi a ses rebelles, superstition n'en a pas.

Il m'a été donné naguère de voir, chez le docteur Gilles de la Tourette, des phénomènes d'hypnotisme, des expériences de divination et de transmission de pensée qui feraient crier au miracle ; des sujets en état de somnambulisme obéissent au professeur d'une façon telle que tous les phénomènes du spiritisme se trouvent scientifiquement réalisés. On a beau répéter : "Il n'y a pas de surnaturel", le surnaturel a son attrait, sa poésie, son invincible force. Tel qui niera les expériences de M. Gilles de la Tourette ou de M. Jean Charcot, croira aux photographies spirites, aux dialogues avec les esprits.

On me répondra à cela : "Eh bien ! voilà le triomphe de cette suggestion dont on parle tant, dont on a tant parlé précisément à la Salpêtrière !" La foi aux somnambules, aux divineresses, aux tireuses de cartes aux prophétesses, à Mlle Couesdon et à ses puérides verselets d'almanach, c'est le triomphe de l'imagination, c'est la suggestion mise en pratique ; de quoi vous étonnez-vous et vous plaignez-vous ?

Il faut avouer que cette suggestion prend, du reste, des caractères et donne lieu à des cas spéciaux qui méritent l'attention des observateurs littéraires et semblent tout faits pour la comédie. Le docteur Hartenberg décrivait naguère, à la Société d'hypnologie, un cas de neurasthénie absolument amusant, à mon gré. Il s'agit d'un acteur — naturellement le médecin le nomme pas — qui surmené, abattu, anémié, pris d'insomnie, se trouvait dans un état de dépression intolérable. Il souffrait, se désolait, songeait au suicide, se traquait, par la pensée, une façon de scénario morbide où il remplissait un rôle de victime. Et c'est alors que le docteur Hartenberg, qui me paraît un fin psychologue, eut l'idée de frapper l'artiste par l'imagination, de sauver le comédien par le comédien et, comme un *raisonneur* de drame parlant à un héros accablé de tristesse, lui tint à peu près ce langage :

— Comment, vous, un homme supérieur, un artiste de votre talent, digne de servir d'interprète à Eschyle et de traduire Shakespeare à l'égal d'un Mounet-Sully, vous êtes morne, pensif et lent, vous vous abandonnez, vous ne luttez pas contre l'insomnie, contre les nerfs ! Vous qui êtes né pour jouer les héros, vous vous laissez aller aux faiblesses des femmes !... Allons, voyons, relevez le front, tenez-vous droit, marchez ferme, parlez haut !... Soyez le Cid ! Soyez Ruy Blas !... Vous n'avez jamais joué Ruy Blas ?

— Si, en province !

— Jouez-le dans la vie !... Dites-vous que vous êtes je vous le répète, un héros !

Et, en suggérant au comédien qui, instinctivement, se jouait à lui-même *une comédie de malade*, le docteur le guérit peu à peu en lui faisant jouer inconsciemment *une comédie de santé*.

— Voyons, vous n'êtes pas Werther que diable !

Ce n'est pas de votre emploi ! Vous êtes Achille, vous êtes Nicomède !... Vous êtes Rodrigue ! Debout ! En avant ! Hardiment !

Paraissez, Navarrais, Maures et Castellans !

Le traitement dura vingt-cinq jours. En vingt-cinq jours ce traitement moral, joint à une hygiène sévère, faisait d'un Bricchanteau névropathe et d'un désespéré un paladin qui, le bras levé, la lame au poing, eût décroché des étoiles. J'ignore si le docteur avait pu lui suggérer en même temps le génie. Quelle classe nouvelle on ouvrirait, en ce cas, au Conservatoire, la " classe de suggestion " ! Mais certainement le médecin avait suggéré au comédien, et par un moyen de théâtre, l'appétit de vivre. On pétrit donc le cerveau de l'homme comme une boulette de pain.

(à suivre)

NECROLOGIE:

Le monde médical français a été cruellement éprouvé cet hiver. Plusieurs de ses illustrations les plus renommées viennent, coup sur coup, de disparaître : le professeur Ollier, le docteur Bergeron, le professeur Potain, etc.

On doit au docteur Bergeron un grand nombre d'ouvrages, notamment sur la diphtérie, la rage, la prophylaxie des teignes et la répression de l'alcoolisme

Le docteur Potain " avec l'humaine tristesse de sa figure, son crâne comme concassé, son œil rond de gnome, sa réalité un peu fantastique " comme l'écrivait de Goncourt dans son *Journal*, était une physionomie extrêmement curieuse.

Né à Paris en 1825, successivement attaché à l'hospice des Ménages, à l'hôpital Saint-Antoine, à l'hôpital Necker, où, en 1877, il fut chargé d'une chaire de clinique médicale : praticien et clinicien de grand renom, très absorbé par ses recherches spéciales sur les maladies de la circulation, il poussait jusqu'au scrupule la probité scientifique, ne publiant qu'à regret ses nombreuses et magnifiques découvertes, par crainte de n'y avoir pas apporté des conditions suffisantes de sécurité et, tant la vérité lui était chère, tant la vanité lui répugnait. Il publiait si peu, à une époque où la littérature médicale s'encombre chaque jour d'inutiles grimoires, qu'un savant étranger, de passage à Paris, put dire un jour, parlant de lui :

— Ce Potain doit être un bien beau garçon pour avoir une telle réputation en France ; car je ne connais pas de gros ouvrage signé de lui, et ce doivent être les femmes qui lui ont fait sa gloire !...

On amena cet étranger dans le service de Potain, à la Charité ; il ne fut pas longtemps à reconnaître son erreur, à constater que ce médecin n'était pas beau garçon du tout — si tant est qu'on puisse être laid avec des

traits tout illuminés d'intelligence et de bonté ; — et, après être revenu maintes fois suivre la visite et écouter les leçons de ce maître, il est retourné, plein d'admiration, dans son pays, y criant sur tous les toits que Potain était le meilleur clinicien du monde.

Ce grand savant était, en outre, saintement, parfaitement bon. Il se eachait chaque matin, comme un malade, pour distribuer aux nombreux pauvres qui l'attendaient à la sortie de l'hôpital les pièces blanches dont il avait constamment une poche garnie tout exprès.

Parmi les médecins des hôpitaux, il était un des rares daignant faire toujours par eux-mêmes leur consultation gratuite. Il soignait, il consolait le moins malade de ses pauvres, avec plus de patience et de douceur que les millionnaires qui attendaient souvent huit ou dix jours sur la liste. Le dimanche, au lieu de prendre le repos qu'il avait si bien gagné, on le voyait arriver plus tôt que de coutume à la Charité ; il y restait jusqu'à midi, pour que les indigents aient largement leur part de son admirable science, pour que tous ceux qui souffraient, dans ses salles, soient examinés, traités, guéris par celui-là même que les heureux du monde ne faisaient venir qu'à grand'peine chez eux.

Après avoir longtemps appartenu à l'Académie de médecine, le docteur Potain était entré à l'Institut dans la section de l'Académie des sciences. Il était grand'croix de la Légion d'honneur.

BIBLIOGRAPHIE

TRIBOULET ET MATHIEU, *L'Alcool et L'Alcoolisme*. Notions générales, Toxicologie et Physiologie, Pathologie, Thérapeutique, Prophylaxie. 1 vol. in-8° carré de 254 pages. Cartonné à l'anglaise. 5 f.

Un excellent volume qui devrait être entre les mains de tous, médecins et laïques. Il est adapté à la compréhension de tous ; toute question de sentiment a été bannie et le lecteur reste avec des faits de divers ordre qui lui donnent, d'une façon bien scientifique, les effets désastreux qui font de l'alcoolisme la véritable plaie du temps.

L'impression est bonne et la reliure attrayante.

QUESTIONS ET REPONSES

5° Par quel procédé le plus rapide reconnaît-on que l'eau est potable ?

PAUL.

6° Quel est le meilleur remède à employer dans les vomissements incercibles de la grossesse ?

N. D.

7° Quel est le meilleur traité de clinique thérapeutique et le plus pratique ?

EPHREM.

Revue analytique

Sur les affections syphilitiques de la langue.

Le *British Medical Journal* du 22 décembre 1900, rapporte au long une clinique du Dr Christopher Heath, sur les affections syphilitiques de la langue.

En voici le résumé :

La lésion initiale de la syphilis, c'est-à-dire le chancre dure est une chose rare, dont l'existence cependant ne peut être niée.

Le chancre de la langue comme le chancre de la lèvre et du doigt ne présente pas l'induration caractéristique du chancre infectant des organes génitaux.

Toute ulcération de la lèvre, sans induration, mais avec envahissement précoce des glandes sous maxillaires doit être considérée comme syphilitique, surtout si l'on a affaire à un jeune sujet; la même observation s'applique à la langue.

L'inoculation syphilitique de la langue peut se faire de diverses manières. En dehors des pratiques honteuses qui peuvent certainement être une source directe de contagion, l'inoculation peut se faire tout-à-fait à l'issu de l'inoculé.

Les plaques muqueuses de la bouche peuvent communiquer la maladie. C'est à la seconde période de la maladie qu'apparaissent ces plaques. Il faut donc s'élever fortement contre l'habitude et l'incurie qu'ont certaines personnes de boire dans le même verre ou de fumer avec la pipe d'un autre.

Le traitement antisiphilitique s'applique à la syphilis de la langue.

Les plaques muqueuses, les fissures de la langue sont des lésions secondaires. Les lèvres, la langue, les joues s'inoculent réciproquement.

Ces plaques muqueuses sont exactement de même nature que les plaques muqueuses que l'on voit sur les organes génitaux de la femme.

L'homme a rarement des plaques muqueuses sur les organes génitaux, parce que la peau, en ses endroits, est toujours sèche. Chez la femme au contraire on trouve une certaine humidité ou moiteur, souvent même un écoulement vaginal baigne presque continuellement ces parages, et les plaques muqueuses aussi sont fréquemment trouvées sur la vulve, le plancher périnéen et le pourtour de l'anus.

On trouve ces plaques muqueuses dans la bouche des enfants atteints de syphilis congénitale, concurremment avec d'autres symptômes tels que taches jambonnées sur les fesses, et les syphilitides à l'anus.

Un enfant syphilitique peut inoculer sa nourrice (si elle ne l'a pas été) mais non sa mère : " c'est la loi de Colles ".

L'apparition d'une inflammation superficielle de la langue est un autre symptôme de syphilis constitution-

nelle. Cette inflammation s'accompagne ordinairement d'une desquamation de la muqueuse, envahissant les papilles filiformes. Quoique toujours constante cette desquamation est rarement vue, le patient ne venant consulter qu'au bout d'une couple de semaines de souffrances.

L'inflammation peut aller jusqu'à l'ulcération, qui peut prendre différents aspects.

En général, l'ulcération est multiple, creuse des sillons dans les côtés de la langue, plus prononcés surtout sur les bords et la pointe ; d'ordinaire la base de la langue reste indemne.

On voit parfois des fissures qui fendillent la langue dans toute sa longueur.

Cette ulcération de la langue est toujours suivie d'un tissu cicatriciel très dense, qui rend la langue épaisse et fait craindre une maladie maligne.

Il n'y a qu'un traitement pour les manifestations secondaires de la syphilis de la langue : le mercure. L'iodure de potassium est sans valeur à cette période.

Le traitement mercuriel doit être à la fois constitutionnel ou interne, et local. Une solution de sublimé au 1/2000 pour commencer, et ensuite au 1/1000 répond très bien aux indications locales. Il faut que le patient garde cette lotion, au moins cinq minutes comptées, avec la montre en main, autrement il ne fait que rincer la bouche et cracher le remède. Il faut saturer la langue, la *mariner*, " *pickle* ", pour employer l'expression pittoresque de l'auteur.

Pour le traitement constitutionnel le Dr Heath donne la préférence aux frictions mercurielles, tous les soirs, en commençant par 2 grammes, et en augmentant jusqu'à 5 grammes par application.

Le malade pourra prendre un bain chaud tous les jours, mais ne devra se savonner qu'une fois par semaine. Il ne faut jamais pousser le traitement jusqu'à la salivation. Pour éviter cette complication, une lotion à base d'alun rend de grands services.

Souvent on trouve des lésions secondaires tardives de la langue qui peuvent faire croire à des lésions tertiaires précoces. Ces lésions sont justifiables du même traitement. Il ne faut pas prendre de semblable lésions pour des tumeurs malignes, et conseiller l'extirpation de la langue ; erreur grossière, ce semble, mais erreur qui a déjà été commise. Quand on voit un patient survivre plusieurs années, à une telle mutilation, sans récidive, il est permis de douter de l'exactitude du diagnostic.

Cependant on peut rencontrer une gomme syphilitique de la langue compliquée d'épithélioma. Toute ulcération exposée à une irritation assez prolongée, peut dégénérer en épithélioma. C'est pourquoi une gomme syphilitique de la langue non modifiée, par le traitement mixte intensif doit faire craindre une tumeur de nature maligne.

Les lésions tertiaires doivent être traitées, à la fois par l'iodure de potasse à haute dose et le mercure.

Le Dr Heath termine par une courte allusion à la leucoplasie buccale qui reconnaît comme cause et la syphilis et le tabac.

Les verrues enfin ou l'hypertrophie des papilles de la base de la langue sont souvent de nature syphilitique. Les applications de nitrate d'argent, d'acide chromique rendent de bons services contre ces excroissances.

DEROME.

Revue des journaux

MEDECINE

Hémoglobinuries.

Définition. Division. — L'hémoglobinurie est caractérisée par la présence dans l'urine du pigment sanguin normal ou modifié (méthémoglobine). Tantôt elle survient au cours d'une intoxication ou d'une infection grave ; tantôt, au contraire elle apparaît spontanément, sans cause évidente connue : d'où la division classique des hémoglobinuries en *hémoglobinuries symptomatiques* et en *hémoglobinuries essentielles* ou *idiopathiques*.

HÉMOGLOBINURIES SYMPTOMATIQUES.

Etude pathogénique. — Lorsqu'un agent toxique détruit les hématies, le pigment sanguin est mis en liberté et se dissout dans le sérum (hémoglobinhémie). Dans la plupart des cas, ce pigment est arrêté au niveau du foie, transformé en pigment biliaire et éliminé par l'intestin. Mais si la destruction globulaire a été trop considérable, le foie ne suffit pas à toute l'élimination : le rein laisse alors passer l'hémoglobine : l'hémoglobinurie est constituée.

1° *Destruction globulaire.* Un grand nombre d'agents chimiques peuvent déterminer l'hémoglobinhémie : a) par dissolution de l'hémoglobine (aniline, diméthyl-aniline, etc.) ; b) par fragmentation des hématies (eau distillée, éther, glycérine, iode, hydrogène arsénié, chloral, phénol, naphтол, acide pyrogallique) ; ces fragments s'arrêtent dans le foie, la moelle des os, la rate, où le pigment est mis en liberté ; c) par ces deux processus réunis (toluylènediamine, etc, Engel, Kiener).

C'est probablement par une action chimique analogue que les infections à cause connue (paludisme), ou inconnue (scarlatine, variolo hémorrhagique, ictère grave, typhus, etc.) déterminent l'hémoglobinhémie.

2° *L'hémoglobinhémie.* Tous ces processus *cythémolytiques* (Poufick) aboutissent donc à l'hémoglobinhémie (ou à la méthémoglobinhémie), que traduit la coloration rouge-cerise (état laqué) du sérum.

Lorsque la quantité d'hémoglobine dissoute ne dé-

passé pas 1/6^e de l'hémoglobine totale, le foie suffit à l'élimination (possibilité d'ictère par rétention canaliculaire dans les cas graves) ; mais lorsque cette quantité est supérieure à 1/6^e, l'hémoglobine dissoute passe sans modification à travers le rein, d'où :

3° *L'hémoglobinurie.* La distribution du pigment dans le rein respecte complètement le glomérule et, à peu près complètement la branche descendante de l'anse de Henle et les tubes collecteurs ; elle se localise uniquement dans les cellules à bâtonnets du tube contourné et de la branche ascendante de l'anse de Henle : à ce niveau elle obstrue les cellules et la lumière des tubes urinifères (d'où anurie) de masses cristallines ou pulvérulentes présentant les réactions caractéristiques du Fer (V. *Traité* Brouardel-Gilbert, t. V. p. 376.)

Etude clinique. — L'hémoglobinurie se reconnaît à la présence de pigment sanguin et à l'absence de globules rouges dans l'urine.

La présence du pigment sanguin se traduit par une coloration rouge de l'urine (noires dans les cas intenses) : — par les réactions chimiques (potasse : coloration dichroïque ; teinture de gaiacol : coloration bleue) ; — par les réactions spectroscopiques de l'hémoglobinurie et de la méthémoglobine : — par l'examen microscopique.

La durée de l'hémoglobinurie (qu'accompagnent constamment l'oligurie et l'albuminurie) est courte. Car où la quantité de l'hémoglobine dissoute diminue, et l'hémoglobinurie disparaît ; ou elle persiste, et la mort est alors la conséquence fatale d'une destruction globulaire intense et prolongée. Le syndrome hémoglobinurie comporte donc toujours un pronostic grave.

HÉMOGLOBINURIE ESSENTIELLE.

Isolée par Harley (1864) (*intermittent hematuria*).

Etude clinique. — *Début* par un frisson constant, accompagné de troubles nerveux plus ou moins accusés (douleurs, anesthésies partielles, urticaire, purpura, phlyctènes, asphyxie locale, etc).

Stade de chaleur. La face se colore, la température monte rapidement à 39° et plus ; l'albumine, puis l'hémoglobine apparaissent dans les urines. Le foie et la rate subissent une tuméfaction légère.

Stade de sueurs termine l'accès dont la durée varie de quelques heures à un ou deux jours ; les malades restent pendant un certain temps après l'accès dans un état d'anémie profonde (déglobulisation).

Les accès se reproduisent dès que le malade est exposé au froid ; ils sont d'autant plus intenses que le froid a été plus vif : ils peuvent entraîner des conséquences graves : souvent aussi ils s'atténuent ou disparaissent même définitivement.

Pathogénie. — Sous l'influence de certaines causes cythémolytiques mal connues (impaludisme, syphilis acquise ou héréditaire, froid, peut-être même agent infectieux spécifique) l'hémoglobine passerait comme pré-

cédemment dans le sérum, et de là dans les urines : en effet le sang pendant les crises, ou en dehors des crises dans certaines conditions données (expériences d'Ehrlich) — les reins (autopsie de Dieulafoy et Widal), — les urines (sauf leur richesse en oxalates) présentent les caractères observés dans les hémoglobinuries symptomatiques. L'hémoglobinurie idiopathique ne différerait donc point, pathogéniquement, des hémoglobinuries symptomatiques.

A cette théorie s'adressent les objections suivantes :

a) le sérum peut être aussi coloré, et même plus coloré dans l'intervalle qu'au moment des accès, (Hayem) ; b) l'expérience d'Ehrlich peut donner des résultats variables ; c) l'état laqué rouge-cerise est peut-être artificiel (redissolution du caillot) Hayem. Aussi à la théorie hématurique de l'hémoglobinurie certains auteurs préfèrent la théorie rénale, basée sur les expériences de Lépine, sur les observations cliniques de Robin et Renant, etc., constatation d'une congestion rénale aiguë dans certaines hémoglobinuries du mal de Bright (V. Traité, Brouardel-Gilbert, *loco citato*.)

Traitement : Sera surtout étiologique : soustraire le malade à l'action du froid ; traiter la syphilis ou la malaria préexistantes.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

La forme hémorragique de l'influenza.

par G. PETRUCCI (de Parme).

On sait qu'au point de vue théorique il y a trois formes d'influenza : la forme classique ou catarrhale, la forme nerveuse et la forme gastro-intestinale, suivant la prédominance de l'un ou de l'autre symptôme.

Parfois, il arrive que c'est le symptôme hémorragique qui domine ; d'autres fois, l'hémorragie n'est qu'un phénomène secondaire qui fait une apparition passagère au cours de la maladie. Dans le premier cas on aurait affaire à une quatrième catégorie : l'influenza hémorragique.

C'est pour contribuer à l'étude de cette dernière forme que l'auteur a recueilli quelques cas d'hémorragie qui se sont produits pendant la dernière épidémie d'influenza. De toutes ces observations il ressort que les hémorragies de l'influenza se présentent sous les formes cliniques les plus variées. Parfois, elles se produisent comme symptôme initial, d'autres fois, elles dominent le tableau de la maladie ou constituent l'unique manifestation de l'affection, de sorte qu'il devient difficile de les distinguer du typhus, du purpura infectieux, de la dysenterie, etc.

La connaissance de ces hémorragies est importante aussi pour le pronostic. On a vu plusieurs cas à dénouement fatal. Mais, abstraction faite de cela, il ne faut pas oublier qu'une épistaxis abondante répétée, des bronchorrhagies, des métrorrhagies et une menstruation prolongée

peuvent affaiblir les malades et en retarder la convalescence. L'hémorragie impose à la thérapeutique une nouvelle ligne de conduite.

En ce qui concerne la pathogénie des hémorragies de l'influenza, il est évident qu'on se trouve en présence de l'action que l'agent toxique de l'influenza même exerce sur le sang et sur les vaisseaux sanguins. Le bacille de l'influenza paraît agir d'une manière particulière sur le sang dont, selon Baccelli, il changerait même le chimisme.

La quantité d'hémoglobine diminue considérablement. Mais il y a aussi une vulnérabilité particulière des parois des vaisseaux et une tendance spéciale aux écoulements sanguins. L'infection par le bacille de Pfeiffer suppose des états de congestion intenses. Il y a toujours rougeur de la pituitaire et de la muqueuse conjonctivale ; les états congestifs de la muqueuse utérine ainsi que les altérations vasomotrices de la peau sont assez fréquents. Ainsi, on peut s'expliquer facilement que les vaisseaux altérés par les microbes se rompent et produisent des hémorragies soit conjonctivales, soit utérines, soit nasales, etc.

(Wiener Medizinische Presse — Ind. méd.)

De l'action de la syphilis et de la blennorrhagie sur le cœur.

M. Rosenthal a observé bon nombre de cas dans lesquels il s'est produit, du côté du cœur, des manifestations qu'on peut regarder comme syphilitiques au bout de deux à quatre ans après l'infection. Ces altérations portent surtout sur le myocarde ; l'endocarde et le péricarde ne sont d'ordinaire atteints que secondairement.

Comme causes prédisposant à une altération du cœur par la syphilis, il mentionne le surmenage du cœur habituel ou temporaire, l'alcoolisme, l'athérome, le diabète, les troubles psychiques et enfin un traitement insuffisant. La marche de l'affection est souvent latente ; d'autre fois, on constate les signes d'une insuffisance du cœur.

Lorsque les troubles cardiaques sont devenus persistants, le pronostic ne saurait être regardé comme bénin ; toutefois, le mercure et l'iode produisent de l'amélioration dans certains cas. Comme traitement, M. Rosenthal a employé à l'intérieur la teinture d'iode et l'iodipine.

On connaît déjà depuis longtemps l'action de la syphilis sur les artères et, en particulier, les anévrysmes de cause syphilitique.

Pour la blennorrhagie, on a maintes fois signalé l'endocardite véritablement gonococcique qui se montre de quatre à six semaines après le début de la maladie. Il n'y a aucun doute à élever au sujet de la réalité de cet accident. Cette endocardite se complique rarement de

péricardite. Malgré l'avis de certains auteurs, M. Rosenthal n'hésite pas à traiter l'écoulement blennorragique même au moment de l'affection cardiaque.

(*Berlin. klin. Woch. — Bull. méd.*)

CHIRURGIE

Traitement des verrues.

Le médecin est rarement consulté pour des verrues, sauf pour celles qui sont volumineuses et ont résisté aux applications caustiques, même faites par le pharmacien ! Dans ce cas, M. Courtin, médecin de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, extirpe ces tumeurs par le procédé suivant :

La peau de la région, siège de la verrue, est désinfectée au savonnage à chaud, puis par des lavages à l'éther sulfurique ou à l'alcool. Ceci fait, il saisit deux aiguilles de moyen calibre flambées à la lampe à alcool et l'anesthésie de la verrue étant obtenue avec le chlorure d'éthyle, il embroche la verrue à sa base avec ces deux aiguilles placées en croix. Il prend alors un fil de soie aseptique qu'il met au-dessous des aiguilles et sert fortement ; sous l'influence de cette striction, la verrue se pédiculise.

Il ne faut pas serrer trop fort, la striction, en ce cas, déterminerait la chute de la verrue qui serait souvent incomplète, cet accident est toujours à craindre dans la catégorie des verrues dites papilliformes. Si l'on traite une verrue dure, cornée, la striction pourra être plus énergique. Si la verrue siège sur un pli articulaire des doigts, il est bon d'implanter les aiguilles dans la peau, le doigt en extension.

Le fil serré, il faut saupoudrer le champ opératoire avec une poudre antiseptique, salol, aristol, iodol, etc., et mettre un peu de gaze, de coton et une bande.

Après huit jours, on enlève le pansement, verrue, fil de soie, aiguilles ont chuté dans le pansement ; une petite plaie insignifiante existe. Il faut la panser avec les mêmes poudres et huit jours après tout est définitivement guéri.

Les plus grosses verrues disparaissent donc dans l'espace de quinze jours ; ce procédé peut être employé en même temps sur un certain nombre de verrues. Si elles sont en trop grande quantité, on commence par les plus volumineuses et l'on fait des séries d'applications.

M. Courtin n'a jamais observé de douleurs vives ni d'accidents infectieux avec ce procédé, il lui a toujours donné des résultats satisfaisants dans un très grand nombre de cas et chez des enfants de tous les âges. (*Gaz. hebdomadaire de Bordeaux*).

Dans les cas de verrues multiples et rebelles, il est bon de songer aux guérisons obtenues par la suggestion par l'usage interne de la magnésie, etc. Il faut aussi se

rappeler que Brault, d'Alger, a indiqué qu'il pourrait suffire d'enlever la verrue-mère pour voir disparaître les verrues-filles. M. Barthélemy (Paris) a rappelé la chose au Congrès de Nancy en l'appuyant de son expérience personnelle. Dernièrement, M. Hervouet a rapporté (*Gaz. méd. Nantes*, 1900, n° 33) deux faits très nets de guérison de verrues multiples par la suppression de la verrue-mère seule. Il y a donc là une notion qui ne doit pas être perdue de vue, et dans le traitement des verrues il est sage de débiter par s'attaquer à la verrue-mère.

(*Bull. méd. — Gaz. méd. belge.*)

Discussion sur les abcès sous-diaphragmatiques.

(*B. M. A.*)

M. Rickman John Godlee lit son rapport. Il commence par préciser les rapports anatomiques du diaphragme qui expliquent les principales causes d'abcès sous-diaphragmatiques. C'est ainsi que l'abcès peut provenir d'une affection de l'estomac, de l'intestin, du cæcum et de l'appendice, de kystes hydatiques, de traumatismes sous-cutanés, du foie et des voies biliaires du rein, des côtes, du thorax.

Au point de vue symptomatique, on peut dire qu'il n'y a pas de signe pathognomonique. Au début l'abcès peut donner lieu à de la toux et à un point de côté comme dans la pleurésie, et à un frottement. Ce frottement peut être entendu ou senti à la main dans les limites de plèvre. A ce niveau on peut avoir de la matité, et comme il y a parfois en même temps un déplacement du cœur, surtout si l'abcès est à droite, on peut croire à une pleurésie. On peut le différencier de l'épanchement pleural par les signes suivants :

1° L'application thoracique n'est pas modifiée du côté malade ;

2° La limite supérieure de la matité n'est pas aussi nettement marquée ;

3° Les bruits respiratoires peuvent s'entendre au niveau de la matité et, dans les inspirations profondes, la ligne à partir de laquelle les bruits respiratoires et la résonance vocale sont entendus est manifestement abaissée ;

4° Il est un autre signe que l'on peut parfois observer et qui est peu connu. Quand on examine un individu amaigri du côté droit, en bonne lumière, on voit, si la plèvre est saine, le bord inférieur du poumon s'élever ou s'abaisser pendant la respiration, et l'exactitude de cette observation est nettement démontrée lorsqu'on percute et qu'on ausculte avec soin pendant l'ascension pulmonaire. M. Godlee a pu se rendre compte de ce phénomène d'une façon très nette dans un cas de kyste hydatique du foie. Il y avait de la douleur et de la matité dans l'aisselle gauche et il soupçonna un épanchement pleural. Mais comme on pouvait nettement suivre les mouvements inférieurs du poumon, il était clair que

la cause de la matité devait être cherchée en-dessous et non en-dessus du diaphragme. L'autopsie montra, en effet, qu'il s'agissait d'un kyste du lobe gauche du foie ;

5° Au lieu de matité, on peut avoir du tympanisme.

M. Godlee étudie ensuite les différentes causes d'abcès sous-diaphragmatique et, parmi les causes rares, insiste sur la péritonite tuberculeuse, les affections du pancréas et l'actinomycose.

M. Bruce Clarke dit que, dans une discussion semblable, il est essentiel que chaque orateur apporte le résultat de son expérience personnelle. Or, pour lui, il a toujours vu que le diagnostic était très difficile et on y arrive principalement par exclusion. Il rapporte comme exemple le cas suivant : il y a quelques années, il fut appelé auprès d'un malade pris subitement de douleurs dans le côté avec fièvre et hématurie. Il y avait en même temps un peu de matité obscure à la base du poumon gauche, un peu de douleur et de gêne dans ce côté de la poitrine. Le lendemain, l'état général était plus grave. M. Bruce Clarke supposant une suppuration profonde sans en pouvoir préciser le siège fit une laparotomie et découvrit un abcès sous-diaphragmatique au-dessus du rein gauche et qui fut évacué avec certaine difficulté ; néanmoins le malade guérit.

Ces cas sont souvent une complication d'affection rénale, mais pourtant les troubles gastriques en sont beaucoup plus fréquents.

M. Léonard Arthur Bidwell rapporte 4 cas : le premier fut pris pour un simple empyème, il s'agissait d'un homme de 35 ans, dans le second cas, d'une femme de 29 ans ; l'abcès survint à la suite d'un ulcère gastrique ; le troisième cas succéda à un abcès du foie, et le quatrième à une série de troubles gastriques.

M. Stanley Boyd rapporte un cas.

M. Edward Barnard Fuller dit qu'il a vu plusieurs cas qui étaient en rapport avec un ulcère gastrique ou duodénal et l'examen bactériologique permit de découvrir dans le pus le bacterium-coli.

M. Irwing Cameron dit qu'il a plus appris en pareille matière par ses erreurs que par ses succès. Le premier cas d'abcès sous-diaphragmatique qu'il a pu observer remonte à cette époque où l'abdomen était encore au point de vue chirurgical une terre inconnue. Il s'agissait d'un abcès compliquant un ulcère de la face postérieure de l'estomac et donnant lieu à de la matité, surtout en arrière, qui fut incisé et drainé par voie postérieure. Depuis, M. Cameron a vu des cas à diagnostic particulièrement difficile.

M. C. F. Cuthbert décrit le cas suivant : une femme de 45 ans fut prise subitement des symptômes de l'ulcère stomacal, de vomissements intenses avec diarrhée mais sans hématomèse, avec douleur et sensibilité dans l'épigastre.

Ces symptômes ayant duré quelques jours, une tumeur put être sentie dans l'épigastre, tumeur qui s'étendit rapidement sous l'hypocondre droit. La tumeur

était nettement tympanique. L'angle du foie était repoussé en bas vers l'ombilic et une zone de tympanisme maxima existait entre le foie et le diaphragme. Une incision fut faite dans le plus grand espace intercostal sur la ligne axillaire, et drainé. Une quantité abondante de pus fut retiré. La malade guérit.

M. Rupert Cecil Cuicken, pour appuyer ce qui vient d'être dit sur la difficulté de diagnostic des abcès sous-diaphragmatiques, raconte un cas qu'il a observé et où un péricarde extraordinairement épaissi (1 pouce 1/2 d'épaisseur) simulait sous plusieurs rapports un abcès sous-diaphragmatique.

M. K. G. Lennander rapporte un cas d'abcès sous-diaphragmatique développé peu de jours après une contusion grave du côté droit du thorax, sans signes nets de fractures de côtes ou de déchirure du rein. Le foie était repoussé en bas jusqu'à l'arcade de Fallope et il y avait au-dessous de la 3^e côte une matité anormale. Une incision ramena une grande quantité de pus et l'ont put reconnaître que le traumatisme avait produit une rupture du foie. Le malade guérit.

OBSTÉTRIQUE

De l'antisepsie obstétricale.

par le prof. QUEIRÉL.

D'abord il ne faut pas croire qu'il faille un très long apprentissage pour faire l'antisepsie. C'est très simple, à condition de penser à ce que l'on fait, et pour mieux fixer les idées, je vais prendre les exemples que vous avez tous les jours devant les yeux.

Il arrive une femme enceinte dans le service. Avant de l'examiner, faites lui laver la vulve et l'anus ; puis, prendre une injection vaginale à l'aniodol ou au biiodure. Passez entre ses jupes et la peau un drap propre, ou, faites lui relever ses jupons, enfin lavez-vous les mains. Ici il faut nous arrêter un instant. Le lavage des mains j'entends le lavage rendant les mains aseptiques, est tellement important que la Société de chirurgie n'a pas craint de consacrer plusieurs séances à discuter cette question ; et, que Wormser, le chef de clinique de Bunn, de Bâle, dans un travail tout récent et très consciencieux, ne craint pas de dire, avec son maître, que la cause la plus fréquente de l'infection puerpérale est la main de l'accoucheur. Il faut se laver les mains à l'eau chaude, avec du savon à l'aniodol, si possible, ou, avec du savon dit de Marseille, et pendant cinq minutes au moins, en brossant les ongles, que vous aurez préalablement curés avec un corps mousse et non métallique. Les limes à ongles en acier, pointues déchirent le sillon sous onguéal et creusent ainsi des lits à microbes ; une lime en os, en bois, au contraire, ou même un fragment de papier plié

en triangle, remplissent mieux l'office. Vous pouvez, ainsi que je le fais toujours, vous brosser la peau des mains et des avant-bras. Puis sans essuyer vos mains (à moins de le faire à un linge sortant de l'étuve), tremper celles-ci dans une solution antiseptique et enduire le doigt qui doit être pénétrer dans le vagin, avec de la vaseline. Cette vaseline doit être stérilisée ou additionnée de sublimé à 0,10 % et tenus dans un vase submergé d'une solution antiseptique.

Vous pouvez alors, à condition de ne plus rien toucher, mettre votre doigt dans les organes de la femme en toute sécurité.

Si la femme est un travail, surtout si les membranes sont percées ; surtout, si vous n'avez pu lui donner un bain, dans lequel il faudra la faire laver et savonner, ce qui doit être fait pour toutes entrantes, il faut faire la toilette des organes génitaux externes et des régions environnantes, avec soin et minutie. Le mieux est la mousse de savon, suivie d'un lavage à l'aniodol ou au sublimé ou encore passer sur la région poilue la pommade épilatoire dont nous devons la formule à M. Legier, interne en pharmacie et le mode d'emploi à notre ancien interne, M. Reyband. Vous savez que cette pommade est du sulfure de calcium. Pour l'obtenir il suffit de faire passer un courant d'hydrogène sulfuré sur de la chaux vive. Il faut que l'hydrogène sulfuré soit en excès, vous avez alors une pâte assez consistante, de couleur verte, que vous étendez sur la partie à épiler, en y déposant une couche d'un millimètre. Quelques minutes après, il suffit de laver la partie pour voir tomber tous les poils et quelque fois les pédiculi qu'ils recèlent dans leurs touffes. Un second lavage doit se faire ensuite avec la solution antiseptique choisie par nous. Ici c'est l'aniodol. Puis injection vaginale et enfin recouvrez la vulve d'une compresse trempée dans l'aniodol.

Durant le travail de l'accouchement, toutes les fois que la femme aura uriné, à fortiori si elle est allée à la garde-robe, lavage nouveau et toutes les fois que vous devez la toucher, lavages de vos mains, avec immersion dans la solution antiseptique que vous devez toujours avoir à votre portée.

Mais l'asepsie des mains ne suffit pas quand il y a des manœuvres à faire, il faut alors aseptiser aussi les avant bras et même les bras, dans la version par manœuvre interne par exemple et dans la délivrance artificielle.

Ces précautions vous devez les prendre encore plus scrupuleusement, si possible, dans ces deux derniers cas et toutes les fois qu'il vous faudra pénétrer profondément dans le conduit utéro-vaginal et surtout quand la femme est délivrée, car quoique la femme enceinte puisse s'infecter par l'absorption des germes déposés dans le vagin ou à la vulve, la femme accouchée est encore plus susceptible de s'infecter par la plaie utérine de l'insertion placentaire.

(Marseille méd.)

Grossesse molaire.

M. Eustache (oc. Sc. med. Lille) qui, en l'espace de 15 mois, a vu 3 cas de grossesse molaire, rappelle que le premier, observé chez une femme de 24 ans, à sa 4^e grossesse, offrait cette particularité que la môle était encapsulée par la membrane caduque qui était saine, sauf au pôle inférieur de la tumeur. Le second a été observé chez une femme ayant 9 enfants vivants, et dont la mère, grande multipare aussi, avait eu, à sa 7^e grossesse, une grossesse double qui avait abouti à l'expulsion d'une môle et d'une enfant, bien constituée, qui est le sujet de l'observation. Le dernier accouchement eut lieu en novembre 1899 ; en mars 1900, apparurent des signes de grossesse, puis, en juin, des hémorrhagies peu abondantes, intermittentes ; en même temps, le ventre augmentait très rapidement de volume, prenant le développement d'une grossesse à terme, et la malade accusait un certain état de faiblesse.

Le diagnostic s'imposait ; aussi, l'examen, qui montra un utérus souple, un col sans modification, confirma le diagnostic de grossesse molaire.

M. Eustache, à propos de la conduite que doit tenir l'accoucheur une fois le diagnostic établi, déclare qu'elle n'est pas encore bien tracée et qu'elle varie suivant les théories régnantes sur la nature de la môle. Autrefois, on faisait de l'expectation, la môle étant considérée comme une dégénérescence myxomateuse des villosités chorionales, sans participation du tissu utérin, c'est-à-dire comme un myxome ; tumeur bénigne dont on attendait l'expulsion spontanée. Depuis quelques années, les idées ont changé : la môle est peu à peu apparue comme une tumeur maligne, comme une dégénérescence épithéliomatique des villosités, qui peut même atteindre la caduque, le muscle utérin, et traverser, dans certains cas, la paroi utérine, pour aller végéter sous le péritoine. Comme conséquence, certains accoucheurs, comme Pinaud, ont conseillé de provoquer l'expulsion de la môle par un curettage, afin d'éviter la propagation de la dégénérescence au tissu utérin, et, lorsqu'on a des doutes sur l'intégrité de l'utérus, de faire l'hystérectomie ; de récentes statistiques ayant montré que, très souvent, le déciduome malin était précédé d'une môle. Il n'en résulte pas moins que, dans certains cas, la môle évolue comme une tumeur bénigne, aussi M. Eustache suit-il la conduite des accoucheurs temporisateurs ; il attend l'expulsion spontanée, et cette façon de faire ne lui a donné aucun mécompte ; dans le premier cas, la femme s'est remise très rapidement de l'expulsion de la môle ; actuellement elle est enceinte, et sa grossesse a eu un cours normal ; dans le second, la sortie de la môle s'est faite en masse, totalement, et les suites ont été bonnes.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

THERAPEUTIQUE

Traitement de la neurasthénie.

M. Couture (Soc. de thér.) estime qu'il y a lieu de distinguer :

1° La neurasthénie primitive, véritable névrose (cause morale, surmenage nerveux), dont les manifestations pathologiques ont pour cause l'hyperacidité générale, d'origine centrale avec phosphaturie alcalinée, puis hypophosphatie ;

2° Des états neurasthésiques ou neurasthénies secondaires, qui sont l'aboutissant d'une déphosphatisation plus ou moins profonde de l'organisme et reconnaissent pour cause un fonctionnement défectueux gastro-hépatique, l'hypo-acidité le plus souvent, quelquefois l'hyperacidité pouvant en être le point de départ.

Le traitement de la maladie de Beard et des états neurasthésiques doit être basé sur leur pathogénie. Comme M. Maurice de Fleury, M. Couture pense que le bicarbonate de soude à haute dose agit fort bien dans certains cas, mais il ne le conseille que chez les malades dont les urines du matin sont hyperacides. Toutefois le traitement de choix de l'hyperacidité neurasthésique est l'emploi de l'acide phosphorique.

M. Couture l'emploie soit en gouttes, se basant sur ce que 25 gouttes font 1 gramme d'acide anhydre ; soit en solution de 65 grammes par litre d'eau, 8 cuillerées à café faisant ainsi 1 gramme d'acide anhydre. On peut le mettre dans toutes les boissons, sauf le lait. A cause de l'acidité, il est difficile de mettre plus de 10 gouttes (soit 3 cuillerées à café) dans un verre d'eau sucrée.

Les doses sont variables selon les individus : la moyenne est de 3 à 12 cuillerées à café par jour, c'est-à-dire 1 gr. 00 d'acide anhydre. Mais on peut dépasser de beaucoup ces doses. Pour sa part, M. Couture a supporté sans aucun inconvénient pendant plus d'un mois des doses quotidiennes de 4 à 5 grammes d'acide anhydre. M. Joulie est allé de 9 à 10 grammes sans le moindre malaise. Certains malades prennent depuis plus de 3 mois de 100 à 150 gouttes par jour.

Mais il y a aussi des sujets ne supportant pas aussi bien la médication ; ces cas sont rares, et les seuls inconvénients sont : de la céphalée, une légère griserie, des névralgies viscérales, principalement de certains organes habituellement congestionnés chez le malade. C'est ainsi qu'une cliente a vu augmenter son goître vasculaire à chaque tentative de cette médication. Dans les cas de sclérose hépatique, la diarrhée peut survenir et l'albuminurie augmenter en cas de lésions rénales.

L'acide phosphorique fait monter la pression artérielle et est diurétique. Il a paru mal supporté par des malades prenant en même temps des préparations arsenicales.

Dans les cas où l'acide phosphorique ne peut être supporté on peut le remplacer par des préparations moins acides, par le phosphate acide de chaux en solu-

tion à une dose quotidienne de 2 à 10 grammes par jour.

Enfin les piqûres de phosphate de soude 5 p. 100 ou d'huile phosphorée (1 à 4 milligrammes de phosphore par jour) remontent également l'acidité urinaire.

M. Le Gendre croit que l'acide phosphorique peut rendre de grands services, mais, avant de l'employer à fortes doses et d'en généraliser l'emploi, il serait nécessaire de l'expérimenter chez les animaux. Il ne sait pas jusqu'à quel point il est inoffensif pour le foie, car, sous son influence, il a observé l'augmentation du volume et de la sensibilité du foie. D'autre part, il l'a vu provoquer des diarrhées très tenaces et très rebelles.

M. Linossier croit qu'il existe chez les neurasthésiques des variétés dans la formule urologique.

Cependant il y a quelque chose de particulier, c'est la grande variabilité dans la composition des urines.

Le volume est très variable : l'urée, l'albumine, le sucre, chez les diabétiques, varient dans des proportions considérables, sous l'influence des émotions, par exemple. Cette variété n'est pas propre à l'urine, on l'observe aussi du côté du suc gastrique. On conclura donc d'une façon un peu paradoxale en disant que ce qu'il y a de plus constant dans l'urologie des neurasthésiques, c'est son inconstance.

M. P. Gallois croit qu'il ne faut pas chercher dans la neurasthénie, comme d'ailleurs dans une foule d'accidents morbides, une cause unique qui, à elle seule et à l'exclusion de toute autre, soit suffisante pour expliquer soit un cas donné, soit l'ensemble des cas, il est préférable d'admettre que des causes multiples peuvent intervenir et souvent totaliser leurs effets. Il faut donc rechercher s'il y a eu un chagrin, une idée fixe, s'il y a une dyspepsie, une grippe, une affection organique quelconque, s'il y eu une intoxication par le tabac, l'alcool ou le café, par exemple, s'il y a des erreurs d'hygiène (vie trop confinée, défaut d'exercice, etc.), si, enfin, le sujet porte une tare nerveuse originelle.

Quant aux rapports entre l'hystérie et la neurasthénie, il est évident que l'hystérie n'est pas la neurasthénie, et l'on ne saurait trop, au point de vue du diagnostic s'habituer à ne pas les confondre. Mais, si ce sont deux types morbides, bien différents, ils paraissent cependant avoir une certaine parenté. Il existe des types mixtes d'hystéro-neurasthénie. Un des neurasthésiques que M. Gallois a observé avait nettement la sensation de boulevé hystérique. Mais c'est surtout leur pathogénie qui semble établir un lien entre elles. L'influence des causes morales, des chagrins, des idées obsédantes dans les deux cas est indéniable. Il existe des neurasthésies toxiques comme des hystériques toxiques. Un traumatisme peut provoquer aussi bien l'hystérie que la neurasthénie. Sous l'influence d'une cause prépondérante, telle ou telle circonstance accessoire fera dévier le malade soit vers l'hystérie, soit vers la neurasthénie.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

ETUDES ET PORTRAITS.

Les grands et les petits médecins.

(Suite.)

En fin de compte, la morale de tout ceci est que nous exigeons trop de la science et qu'il serait bon de relire — non pas seulement Molière lorsqu'il se raille des médecins — mais ce damné Voltaire qui a toujours, sur tout sujet, quelque opinion d'un bon sens invincible. Il a écrit, dans son *Dictionnaire philosophique*, certain dialogue entre le Médecin et la Princesse qui pourrait bien être le fin mot de l'éternelle discussion entre l'être qui souffre et l'homme qui soulage :

— Je vous avertis, dit la princesse, que je ne veux pas souffrir !

— Madame, répond le médecin, adressez-vous à l'Auteur de la nature.

— Quoi ! vous êtes médecin et vous ne pouvez rien me donner ?

— Non, madame, nous ne pouvons que vous ôter. On n'ajoute rien à la nature. Vos valets nettoient votre palais, mais l'architecte l'a bâti.

— En quoi donc consiste la médecine ?

... Je vous l'ai dit, à débarrasser, à nettoyer, à tenir propre la maison qu'on ne peut rebâtir ! Que votre premier médecin soit la nature. C'est elle qui peut tout. Le roi de France a déjà enterré une quarantaine de ses médecins, tant premiers médecins que médecins de quartier et consultants.

Et la princesse d'un air affable :

— Vraiment, fit-elle, j'espère bien vous enterrer aussi !

Ce malheur est que, pour nettoyer, comme dit Voltaire, le logis que nous habitons, les gens de bonne volonté sont trop nombreux, comme pour plaider nos procès, défendre les accusés et écrire des romans ou des drames. Il y a trop de monde au guichet de la fortune ou de la gloire et la queue menace de devenir de plus en plus longue — formidable. Et l'on s'y pousse, et l'on s'y marche sur les talons, et l'on y joue du coude avec la violence qu'on mettrait à y jouer du couteau. Le casseur de pierres sur la route, le ramasseur de pommes de terres dans le champ, l'élagueur d'arbres qui joue de la cognée dans les bois sont moins à plaindre que le coureur de procès, le médecin de misère ou le batteur de pavé parisien. Il n'y a donc plus de champ à défricher, de petites villes de province à habiter, de coins paisibles où faire sa vie heureuse sans ces rêves de gloire fortunée dont le réveil est souvent, quand ce n'est pas la mansarde nue, la lugubre cellule de Mazas ?

— Pourquoi restez-vous à Tours et ne venez-vous pas à Paris ? demandait Béranger à son ami le docteur Bretonneau, qui fut le maître de bien des maîtres.

— Mon cher ami, répondit l'illustre médecin, je suis

de l'avis du philosophe qui affirmait que tous les maux de l'humanité viennent de ce que nous ne savons pas rester enfermés dans notre chambre. Nous ne savons plus garder notre province, et la grande chandelle de Paris (Bretonneau dirait aujourd'hui l'immense bec Auer) attire tous les papillons. Je suis de mon coin, je m'y tiens. Cela ne m'empêche pas de faire, de mon mieux, une utile besogne !

Toutes nos questions, nos réflexions, nos conseils et nos sermons ne feront pas que la "grande chandelle" ne brûle encore bien des ailes et ne consume bien des existences.

Je recevais d'un brave garçon qui écrit des vers dans une petite ville où il occupait une petite place, suffisante pour lui et les siens, des manuscrits sur lesquels il me consultait, comme tant d'autres :

— Dois-je les brûler ?... Dois-je venir Paris pour les publier ? Je suivrai votre avis, je vous le jure !

— Ne les brûlez point, répondais-je, mais ne venez pas à Paris, restez à X..., où vous avez ce que Balzac appelait *la niche et la pâtée*. On vit fort bien et on imprime aussi des vers en province !

Il répliquait :

— Vous avez raison ! Ah ! que votre conseil est sage ! Et combien je vous remercie !

L'autre matin, je vois arriver un jeune homme, triomphant, heureux comme tout être humain qui vient de faire une sottise :

— C'est moi ! me dit-il. Moi D... Je n'y tenais plus ! Il me faut Paris ! La conquête de Paris ! Je viens braver le Minotaure et on ne dira pas que j'en ai peur, non, on ne peut pas le dire, puisque je lui amène, avec moi, *ma femme et mes enfants* !

Et il souriait — sûr de vaincre !

O sage et grand docteur Bretonneau ! dont le buste sourit, en un square de cette cité de Touraine qu'il n'a jamais voulu quitter !

QUESTIONS ET REPONSES

7° Quel est le meilleur traité de clinique thérapeutique et le plus pratique ?

EPHREM.

R. — Debove et Archard. Manuel de thérapeutique 1900, 16 frs.

Le grand traité de Robin, en 30 fascicules, 140 frs.

Le Précis de thérapeutique d'Arnozan, en deux volumes, dont un seul est paru, 1900, 15 frs.

Travaux Originaux

CONSTIPATION CHEZ L'ENFANT.

par M. le docteur W. J. DÉROME,

La constipation se rencontre surtout chez le nourrisson élevé à la bouteille, dont la diète n'est pas assez riche en matières grasses.

Cette condition se voit aussi parmi les enfants nourris au sein par des mères en santé.

Les nourrices ainsi que les mères font grand cas de la diarrhée, mais la constipation, d'ordinaire, ne les inquiète guère. C'est qu'elles ignorent, que les diarrhées les plus rebelles, sont souvent causées par une constipation négligée, qu'assez fréquemment une constipation habituelle fait place par intervalles aux symptômes d'une entérite aiguë, souvent d'une certaine gravité.

Les causes de la constipation sont très nombreuses. Chez le nouveau-né la rétention se rattache, soit à la qualité du méconium qui n'est pas assez liquide, soit à l'inertie intestinale, soit à une malformation congénitale de quelque point du tube digestif; l'S. iliaque a des dimensions considérables qui favorisent la constipation. Quelquefois la rareté des selles tient à l'abus que l'on fait de certaines préparations *calmantes en renom*, il faut se mettre en garde contre les fissures, qui par la contracture douloureuse qu'elles occasionnent créent un empêchement à l'évacuation régulière de l'intestin.

Dans les familles, on donne sans consultation de l'huile de ricin ou tout autre médicament réputé inoffensif qui dissipe le mal pour un certain temps, mais finit d'ordinaire par l'aggraver,

Le traitement rationnel de la constipation chez l'enfant, ne se fait pas au moyen de drogues. Si l'enfant est élevé au sein, il faut examiner le lait de la mère ou de la nourrice, s'assurer que la proportion en matières grasses est suffisante et que les matières protéïdes ne sont pas en excès.

Si le pourcentage des protéïdes est trop fort, il faut prescrire à la mère une vie plus active et une diète moins chargée de ces mêmes substances. Si au contraire les matières grasses font défaut, que l'enfant soit élevé au sein, au biberon ou à la bouteille, il faut porter le taux des matières grasses, au moins à quatre pour cent (4%). Il suffit d'ajouter un peu de crème ou bien d'instituer la cure par le beurre, récemment préconisé par un médecin allemand. Ce nouveau mode de traitement se

prête également bien et pour l'enfant au sein et pour l'enfant nourri artificiellement. Le beurre doit être frais doux, et donné à l'enfant, en nature, sans sel ni fondu. Pour un enfant de deux à trois mois, la dose est d'une cuillerée à thé 3 fois par jour, pendant quelques jours, il faut ensuite diminuer ou éloigner les doses, suivant le besoin. La dose, il va s'en dire varie avec l'âge. Les enfants, prennent sans répugnance ce traitement, qui donne, paraît-il, entière satisfaction pour ceux en-dessous de six ans.

Il faut se mettre en garde contre les suppositoires, les lavements, qui tendent plutôt à faire naître une habitude, comme tout cathartique, du reste.

L'intestin habitué pendant un certain temps à répondre à l'irritation rectale, causée par les lavements ou les suppositoires, finit par attendre cette irritation et cesse d'être influencé par l'irritation plus légère, déterminée par la présence d'un bol fécal dans le colon descendant ou le rectum.

Dans certains cas un peu d'eau de Vichy ou de l'eau de chaux, ou un peu de bicarbonate de soude à chaud, un quart d'heure avant la tétée, suffit pour rétablir l'ordre. Parfois recouvrir l'abdomen un peu plus chaudement qu'on ne l'a fait antérieurement suffit pour régulariser les selles.

Le jus de pruneau, le bouillon de veau, trouve son indication chez des enfants arrivés à la fin de leur dixième ou douzième mois. Le gruau bien cuit, agit bien, quand il est donné à des enfants capables de le digérer, c'est-à-dire quand leur sécrétion de ptyaline et de pancréatine est suffisamment bien établie pour agir sur les substances amidonnées. Cet âge varie entre un an et un an et demi.

Le massage abdominal, avec un corps gras quelconque : huile de ricin, d'olive, de foie de morue, etc., peut quelquefois donner des bons résultats. Ce massage ne doit jamais être violent. Il doit être fait de droite à gauche, en lui imprimant un mouvement circulaire, sans perdre de vue la région et la direction du colon, siège le plus habituel du mal.

Il ne faut pas oublier que les langes et les bandes abdominales trop serrés, sont aussi une cause de constipation, par la compression à laquelle ils assujettissent les muscles abdominaux, les empêchant par le fait même d'aider à la fonction de défécation.

On semble vouloir leur attribuer une protection contre les hernies, mais on ne définit rien.

On ne veut certainement pas faire allusion aux

hernies inguinales ou crurales, les plus fréquentes chez les enfants ; il ne reste que les moins fréquentes, les hernies abdominales. Prenez les bandes les mieux ajustées au moment de la toilette, examinez les une demi-heure, une heure après et comment les trouverez-vous ? Ou tout à fait remontées, ou tout à fait descendues, ne répondant nullement à ce qu'on en attendait.

D'un autre côté, il est bien reconnu que plus un muscle travaille, mieux il se développe ; les muscles abdominaux ne font pas exception à cette règle. Il faut donc leur laisser entière liberté, et ne pas paralyser leur développement par une compression exagérée, inutile, on pourrait même dire barbare.

L'enfant a besoin d'exercice pour se développer et si ses mouvements sont gênés comment y arrivera-t-il ?

372, rue Sherbrooke, Montréal.

Revue des journaux

MEDECINE

La phosphaturie terreuse des dyspeptiques.

M. Albert Robin fait une communication dont voici les conclusions :

1° Les malades à émissions d'urine laiteuse, renfermant du phosphate de chaux en suspension ou en dépôt au moment de l'émission, considérés à tort, jusqu'à présent, comme des calculeux, des phosphaturiques ou des neurasthéniques, sont simplement des dyspeptiques hypersthéniques périodiques ou permanents, chez lesquels s'exagère et devient permanent un phénomène qui existe d'une façon atténuée et irrégulière chez la plupart des hypersthéniques ;

2° On peut diviser ces malades en deux catégories, suivant qu'ils ont simplement des émissions laiteuses irrégulières ou qu'ils expulsent d'épais liquides crayeux à la fin de la miction, ou des conglomerats d'aspect plâtreux qui provoquent des crises vésico-urétrales souvent très douloureuses ;

3° En dehors du fait des émissions laiteuses et des crises douloureuses, les symptômes le plus fréquemment observés sont d'ordre nerveux, cardiaque, cutané et musculaire. Ils forment un ensemble très précis et tout à fait caractéristique quand on les associe aux troubles gastriques ordinairement méconnus qui ne manquent jamais chez ces malades et dont la corrélation fixe absolument le diagnostic ;

4° L'analyse du contenu stomacal dénote une hy-

perchlorhydrie intense, peu de fermentations, une peptonisation suffisante, mais une digestion très mauvaise des féculents ;

5° Les échanges généraux et les échanges azotés ne sont pas troublés dans leur essence. Mais l'évolution et les transformations des matières ternaires sont sensiblement retardées ;

6° Les malades ne sont pas des phosphaturiques au sens absolu du mot, parce qu'il est exceptionnel que l'acide phosphorique total, par 24 heures et par kilogramme du poids, ainsi que son rapport à l'azote total, soit augmenté. Ce qui est augmenté par l'acide phosphorique lié aux terres dont le rapport à l'acide phosphorique total croît dans d'assez fortes proportions. Le dépôt laiteux du phosphate bicalcique dans l'intérieur des voies urinaires reconnaît donc pour conditions l'augmentation des phosphates terreux et la diminution de l'acidité de l'urine ;

7° La précipitation dans la vessie, et peut être aussi dans les bassinets et dans les tubes de Bellini, des phosphates bi-calciques, constitue une condition favorable au développement de la cystite, de la pyélite, de la pyélonéphrite et des hématuries chez les sujets prédisposés, surtout quand intervient une cause occasionnelle, comme un cathétérisme intempêtif. La présence presque permanente de globules blancs dans le sédiment démontre bien que la muqueuse des voies urinaires de ces malades est en perpétuel état d'opportunité morbide ;

8° L'albumine apparaît, chez ces malades, avec une fréquence qu'elle n'atteint dans aucune des autres variétés d'hypersthénie ;

9° L'anémie par déglobulisation constitue la complication générale la plus souvent observée ;

10° Le traitement se divise en 3 parties :

a) Le traitement curatif de la maladie considérée en elle-même ;

b) Le traitement palliatif des crises qu'elle provoque ;

c) Le traitement des complications.

Ses éléments essentiels sont d'abord le traitement de la dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie, puis la médication acide avec l'acide sulfurique et l'acide azotique alcoolisés (mixture de Coutaret), enfin l'emploi judicieux et successif des arsenicaux, des hypophosphites ou des glycérophosphates, des ferrugineux, des strychniques et des inhalations d'oxygène.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Des ictères acholuriques simples.

par MM. GILBERT et LEREBoullet.

Conclusions. — 1° Sous le nom d'ictère acholurique, on doit entendre un état pathologique caractérisé par une teinte jaunâtre plus ou moins marquée de la peau,

prédominant en certains points du tégument ou généralisée, sans élimination de pigments biliaries dans les urines, mais avec présence constante de ceux-ci dans le sérum sanguin ;

2° Cet ictère acholurique se distingue par son caractère familial et héréditaire, et par sa parenté avec les diverses formes de l'infection biliaire chronique (lithiase biliaire, cirrhoses biliaires, ictères splénomégaliqnes, etc.), celles-ci se retrouvant chez les ascendants ou coëxistant chez le même malade. Mais sous le nom d'ictère acholurique simple nous n'étudions que les cas où l'ictère acholurique existe à l'état isolé, sans précéder ou accompagner ces autres modifications de l'infection biliaire chronique. La prédisposition héréditaire apparaît surtout marquée dans la race israélite, tant pour l'infection biliaire chronique que pour les auto-infections en général ;

3° L'ictère acholurique simple dont le début est indéterminé et remonte à la naissance a pour symptômes essentiels la teinte jaunâtre du tégument, d'ailleurs sujette à variations sous certaines influences, la présence constante des pigments biliaries dans le sérum souvent variable dans son intensité, l'absence de pigments biliaries dans les urines, l'absence de troubles objectifs notables du côté du foie et de la rate. Souvent l'on ne constate pas d'autres caractères, et l'ictère acholurique auquel le malade ne prête le plus souvent pas attention reste presque latent (*forme commune*) ;

4° D'autres fois l'ictère acholurique amène à sa suite un ensemble de symptômes consécutifs qui peuvent avoir une prédominance marquée dans le tableau clinique. Du côté de la peau, on peut observer du prurit et de fréquentes poussées d'urticaire ; on note souvent le *xanthélasma* qui doit être considéré comme consécutif à l'ictère, alors même que celui-ci a disparu complètement.

Les troubles dyspeptiques sont fréquents et donnent naissance à la *forme dyspeptique*. Dans d'autres cas les symptômes nerveux prédominent et on peut observer des *syncope*, une *forme neurasthénique*, une *forme hystérique*. Des hémorrhagies abondantes (épistaxis profuses, ménorrhagies, etc.) peuvent accompagner l'ictère acholurique (*forme hémorrhagique*). Enfin parfois se manifestent des douleurs articulaires, musculaires ou osseuses (*forme rhumatismale*). La prédominance de ces symptômes secondaires peut les faire considérer à tort comme primitifs. Parfois aussi on peut, en présence d'ictère acholurique, porter le diagnostic erroné de chlorose (*fausse chlorose d'origine ictérique*). L'examen du sérum permet d'affirmer le diagnostic ;

5° L'ictère acholurique, qui rappelle certains des traits assignés par les anciens au tempérament bilieux, semble relever d'une infection chronique légère des voies biliaries, favorisée par la prédisposition héréditaire à l'infection des voies biliaries (*diathèse biliaire*). Cette infection biliaire chronique accompagne un léger degré

de cholémie suffisant pour amener l'imprégnation jaunâtre des téguments, insuffisant pour entraîner la cholurie. Son pronostic, malgré sa durée indéfinie, serait extrêmement bénin, si les sujets qui en sont atteints ne semblaient particulièrement prédisposés à réaliser ultérieurement des infections biliaries chroniques plus sérieuses (lithiase ou cirrhose biliaire) parfois sous l'influence d'une maladie intercurrente. C'est cette notion qui doit guider les règles hygiéniques et thérapeutiques que l'on peut indiquer à ces malades.

(Ibid.)

CHIRURGIE

Actinomycose ano-rectale.

par le Dr E. LACROIX (Thèse de Lyon).

L'auteur de cette monographie pleine d'actualité formule les conclusions suivantes :

Nous avons observé à la clinique de M. le professeur Poncet, un très beau cas d'actinomycose ano-rectale qui a été le point de départ de notre thèse. En faisant appel au *Traité clinique de l'actinomycose humaine* de MM. Poncet et Bérard, et en parcourant la littérature chirurgicale, nous avons pu réunir 14 observations. L'âge moyen des sujets atteints était de 31 ans. Huit fois il s'agissait d'hommes, six fois de femmes. Le plus souvent on avait affaire à des gens de la campagne (neuf fois). Les autres sujets exerçaient les professions de marchand, charbon, garçon de café, intendant.

— Au point de vue pathogénique, l'actinomycose ano-rectale est due à une affection ascendante ou descendante ; l'une et l'autre peuvent être primitives ou secondaires. L'infection ascendante est rarement secondaire, elle doit le plus souvent être le résultat d'un contact direct avec des matières souillées, telles que de la paille, le foin, etc., par le champignon rayonné. Dans une de nos observations, cette étiologie paraît des plus nettes, l'inoculation s'était faite par une escharre du siège chez une femme qui couchait sur de la paille. Dans deux autres observations très intéressantes, l'infection que nous considérons comme ascendante et qui s'est faite plutôt par continuité, avait eu pour point de départ, comme dans le cas de M. Poncet, une contamination du bas-fonds vésical par un épi de blé que les malades s'étaient un temps plus ou moins long auparavant introduit dans la vessie par l'urètre. Des actinomyces avaient fusé du bas-fond vésical du côté du rectum et de l'anus. Quant à l'actinomycose descendante qui est la plus commune (10 fois sur 14), elle doit être mise sur le compte d'une infection ano-rectale par les matières fécales entraînant le parasite déjà greffé en un point du gros intestin dans l'appareil appendiculo-cœcal, dans le duodénum, etc.

— Au point de vue anatomo-pathologique, l'actinomyccose primitive ascendante offre des lésions ordinaires de l'actinomyccose cutanée.

L'actinomyccose descendante primitive ou secondaire se caractérise par des foyers de suppuration se faisant jour à l'extérieur par de nombreuses fistules ou communiquant avec la vessie, la prostate, le tube intestinal par des trajets sinueux. Les grains jaunes caractéristiques existent, toujours au niveau de la lésion, quelquefois dans l'urine et les fécès ; on peut ne pas les trouver dès la première recherche, et même après les suivantes, sans qu'ils manquent pour cela.

La symptomatologie et l'évolution clinique sont typiques ; début par de la diarrhée, du ténesme, des phénomènes viscéraux. Bientôt apparaissent des tumeurs bizarres autour de l'anus, des abcès un peu de tous les côtés (toutes nos observations). Des fistules isolées ou en taupinières s'y joignent au bout d'un temps plus ou moins long. La réparation complète est rare ; on constate le plus souvent la guérison d'anciens foyers et à côté d'eux la production de nouveaux. Les complications sont presque la règle. L'évolution peut être rapide ou, au contraire, très lente, 20 ans.

— Le diagnostic de l'actinomyccose ano-rectale peut, à une période quelconque, prêter à confusion avec des lésions d'un autre ordre, syphilitiques ou bacillaires surtout. La première condition pour établir un tel diagnostic est " de songer à la possibilité de l'actinomyccose ". On peut être mis sur la voie du diagnostic par une diarrhée tenace avec ténesme persistant, gêne de la défécation, etc. Plus tard, les lésions cutanées péri-anales deviennent assez rapidement, pour un œil exercé, caractéristiques, avec leurs petits abcès et leurs fistules multiples, la coloration rougeâtre ou violacée de la peau, épaissie ou soulevée, qui rappelle l'actinomyccose cutanée d'autres régions, de la face par exemple.

— Le pronostic de l'actinomyccose ano-rectale nous paraît très sombre.

Nous comptons, en effet, six cas de mort, quatre cas dont l'issue est inconnue, mais très probablement fatale, trois cas de guérison momentanée et un cas sur lequel nous ne pouvons rien dire, le malade étant en traitement à la clinique.

Il va sans dire que dans les cas d'actinomyccose descendante, le pronostic est fait surtout par les lésions de l'intestin, plutôt que par les lésions de l'actinomyccose no-rectale.

— Le traitement doit être avant tout chirurgical. Il consistera dans l'ouverture large des foyers, leur curetage, leur drainage, etc., tous moyens qui doivent être selon les cas combinés. C'est ainsi que chez le malade de la clinique, les lésions ont été considérablement amendées par le traitement local. Quant au traitement médical par l'iodure de potassium, il ne peut être, on le comprend, par suite des infections microbiennes asso-

ciées, que le faible auxiliaire du traitement chirurgical.

(Lyon méd.)

OBSTÉTRIQUE

Fonction sécrétoire du placenta.

(Soc. de biologie.)

M. Nattan Larrier a démontré que le placenta est le siège d'une sécrétion interne se montrant sous forme de boules qui se produisent aux dépens du plasmodium d'origine ectodermique et qui sont versées dans le sang. Sur le placenta de certains animaux (rat et cobaye) on voit de plus les cellules péri-vasculaires se transformer en une sorte d'humeur qui est absorbée par les villosités fœtales. Aujourd'hui, l'auteur insiste sur la signification des boules dont il a suivi l'évolution, qu'il a vues dans les vaisseaux et qui pour lui sont absolument physiologiques.

M. Letullo. — Dans tous les placentas humains on trouve à la surface des villosités des boules en tous points analogues à celles que M. Nattan Larrier a décrites chez le cobaye.

Elles sont arrondies et en contact avec les prolongements épithéliales des villosités. Il y a donc là la preuve d'une fonction sécrétoire du placenta. D'ailleurs, on sait que plusieurs accoucheurs pensent que le placenta joue un rôle important dans la pathogénie des accidents éclampsiques. Ils supposent que l'éclampsie serait un empoisonnement fœto-maternel.

M. Gley rappelle que Wertheimer a montré que si l'on fait une injection de peptone à une chienne pleine tandis qu'on rend son sang incoagulable, le sang des petits reste normal. Le placenta aurait donc un rôle plus complexe qu'on ne le croit ; en l'espèce il arrêterait ou neutraliserait la substance anticoagulante.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

L'expression du fœtus par la paroi abdominale.

par M. KEIM.

L'expression par la paroi abdominale ayant donné, pendant la délivrance, d'excellents résultats en diminuant la fréquence des interventions intra-utérines, M. Keim se demande si l'expression du fœtus pendant l'accouchement ne pourrait pas, dans bon nombre de cas, éviter l'introduction de la main ou des instruments dans les organes génitaux maternels.

L'expression peut trouver place à côté des opérations obstétricales ordinaires ; elle peut les aider et suppléer certaines d'entre elles, car elle imite surtout la

nature, c'est une intervention en quelque sorte physiologique.

Le moment d'élection est la période d'expulsion ; mais on peut y recourir en dehors de cette période, pour apprécier les rapports de la tête fœtale avec les parois du bassin (palper mensurateur), pour engager la tête première, ou enfin, pour aider à la dilatation en se servant de la présentation comme d'un ballon.

L'expression est globale et s'adresse alors au fœtus dans sa totalité, ou partielle quand elle s'applique sur la tête dernière.

Combinée à d'autres opérations, c'est l'expression de renfort ; elle devient alors le complément d'autres méthodes (tractions manuelles dans la présentation du siège ou après la version, tractions instrumentales avec le forceps ou le basiotribe).

Infiniment nombreuses sont les indications de l'expression ; aussi nombreuses que celles du forceps. On peut y avoir recours pour accélérer, aider ou compléter l'accouchement, quand par exemple la parturiente refuse le forceps ou dans les cas d'inertie utérine ou abdominale. La brièveté naturelle ou accidentelle du cordon, les incidences du cordon ou des muscles surtout après des tentatives infructueuses de réduction sont aussi des indications formelles d'expression. Dans l'accouchement gemellaire, l'expression est tout indiquée pour amener l'expulsion du second jumeau, ou pour éviter le danger d'une rétention prolongée du placenta.

Dans les bassins moyennement rétrécis, l'expression est capable d'engager la tête et de terminer l'accouchement ou de se combiner au forceps. Enfin, toutes les fois que l'état grave de la mère nécessite une rapide terminaison du travail, dans les hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta, dans l'éclampsie, dans les infections amniotiques, dans les maladies cardio-pulmonaires, l'expression est souvent l'intervention de choix.

Il faudra y renoncer dans les cas d'inertie absolue ou de tétanisme, si le col est rétracté ou le bassin trop rétréci.

Après cette manœuvre, on n'observe jamais ni inertie, ni rupture utérine, ni déchirure du périnée. La compression du placenta n'entraîne aucune souffrance du fœtus, il n'y a pas de traumatisme pouvant compromettre son existence ; les expériences cadavériques ont démontré que les centres cérébro-spinaux n'étaient nullement comprimés.

En un mot, l'expression est inoffensive pour la mère et le fœtus ; simple, aseptique, elle est à la portée de tout le monde, sage-femme aussi bien que praticien ; et en cas d'insuccès, elle permet d'avoir recours à d'autres interventions plus actives.

(Ibid)

GYNECOLOGIE

Pathogénie et traitement du prurit vulvaire.

par le Dr A. LUTAUD.

Il faut d'abord rechercher les causes qui sont génitales ou extragénitales.

Dans la première catégorie, il faut ranger les vulvites (primitives ou secondaires, simplement locales ou dérivant d'une affection générale telle que la tuberculose ou l'arthritisme) ; l'eczéma, l'herpès, le psoriasis, le lichen, le zona, l'épithélioma de la vulve, etc.

Dans la seconde, il faut citer la glycosurie, l'herpès les oxyures, les affections de la vessie, etc. Enfin, le prurit vulvaire peut être purement nerveux et se montrer en dehors de toute lésion apparente du tégument ; c'est ainsi que chez les femmes nerveuses ou arthritiques il suffit d'une impression morale quelconque ou d'un simple changement de température pour se produire.

Le prurit vulvaire est tantôt passager, tantôt durable et chronique, avec des rémissions et des exacerbations ; ces dernières se produisent surtout vers l'époque des règles, et le soir lorsque la femme se couche. Parfois elle s'associe à deux autres phénomènes : à l'hyperesthésie vulvaire et au vaginisme.

Le diagnostic de prurit vulvaire étant posé, il faut avant toute chose en rechercher la cause, savoir s'il se rattache à un état constitutionnel, au nervosisme, à l'arthritisme, au diabète, ou bien à une grossesse, à une affection vésicale, utérine ou vaginale, à l'existence d'un parasite, etc., etc. On comprend, en effet, que le véritable traitement du prurit vulvaire devra s'attaquer à la source même d'où découle cette manifestation morbide. On traitera donc la diathèse par une médication générale.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un état aigu, tel qu'une vulvite au début, il est bon d'employer les émoullients, les cataplasmes aseptiques, les lotions avec de l'infusion de belladone, d'aconit, de tête de pavot, ou bien avec une solution de bromure de potassium au 150^e ou de chloral au 50^e. On fera ces lotions plutôt chaudes que froides : on peut remplacer les cataplasmes par des compresses de lingé fin imbibées d'une solution boriquée. — Lorsque l'état aigu est calmé, on fait deux ou trois lotions par jour avec une solution de sublimé au 300^e ; parfois il sera utile de pratiquer de légères cautérisations au nitrate d'argent, parfois l'application de tranches de citron sur la vulve soulagera les malades. Le soir, s'il y a de l'irritation des téguments, on pourra les enduire d'une pommade composée de 50 grammes de glycérine d'amidon à la glycérine neutre, additionné de 1 gramme de tannin, de calomel, d'extrait de belladone ou d'huile de cade, suivant les circonstances.

Dans les cas chroniques, on emploie des lotions avec :

infusion de mauve 1 litre, eau de laurier-cerise 50 grammes, sous-borate de soude 10 gr., puis une onction matin et soir avec la pommade suivante : glycérolé d'amidon 20 grammes, bromure de potassium et sous-nitrate de bismuth, à 1 gramme, calomel 40 centigr., extrait de belladone, 20 centigr.

Pour sécher les parties après la miction, on peut employer la poudre suivante : Poudre de lycopode 30 grammes, sous nitrate de bismuth 10 grammes, racine de belladone 2 grammes. On obtiendra de bons résultats en saupoudrant la vulve d'iodoforme.

La cocaïne a été employée dans toutes les affections douloureuses des muqueuses et en particulier dans le prurit vulvaire ; on obtient assez rapidement l'anesthésie de la vulve en faisant des badigeonnages avec une solution au 50^e ou par des applications de pommade à la cocaïne au 10^e et au 15^e.

(Gaz. méd. belge)

Le curettage dans l'infection utérine.

par le Dr J. THIFNOT (d'Abbeville).

Après l'avortement ou l'accouchement, lorsqu'il survient de l'infection utérine, on a communément recours aux injections intra utérines répétées ; mais en présence des résultats graves de ces infections, il ne faut pas hésiter à une intervention plus active qui est le curettage.

Il faut cependant opérer en temps opportun, — pas trop tard ; avant que l'infection n'ait gagné les annexes, — pas trop tôt : car l'utérus serait trop friable, trop mince et trop saignant.

Ainsi que le recommande le Dr Pinard, on surveille les malades par la courbe de température. Si la fièvre ne cède pas en trois jours, si la courbe remonte une deuxième fois malgré les injections intra-utérines, on a recours d'urgence au curettage.

Les instruments à faire stériliser sont deux valves, deux pinces de Museux à deux mors, des curettes mousse et demi-tranchantes grandes et petites, une sonde intra-utérine de Tarnier, de Budin ou de Doléris, deux pinces à pansement, une paire de ciseaux, un porte-tampon.

On doit encore préparer une sonde de femme, une canule vaginale et un bock émaillé, un rasoir.

L'opération étant peu douloureuse, on n'endort pas la malade si elle est profondément infectée et en état grave. Généralement on a recours à l'anesthésie parce que l'on a ainsi une résolution plus grande du col utérin, et qu'il est plus facile d'explorer l'utérus. D'ailleurs l'opération est de courte durée et n'exige qu'une quantité de chloroforme très minime.

La malade étant placée dans la position obstétricale, la vessie est vidée, on rase la vulve, on lave, savonne et brosse la vulve et le vagin, les culs-de-sacs vaginaux

sont soigneusement frottés avec une compresse et touchés avec la teinture d'iode faible. Le champ opératoire est recouvert de compresses aseptiques.

Avec les porte-jambes un seul aide est nécessaire, et découvre le col avec les deux valves. Ou bien si l'on dispose de deux aides, chacun tient une jambe et une valve.

L'opérateur ayant posé les valves, et les ayant confiées aux aides, prend le col en saisissant chaque lèvre avec une pince de Museux. On peut même se contenter de ne prendre qu'une lèvre, mais fermement, et à la condition que la pince ne dérape pas en déchirant.

Le col est ainsi très abaissé, l'abaissement est d'ailleurs facilité par une main qui, placée juste au-dessus du pubis, déprime le bas ventre.

Tout en même temps on explore avec l'index de l'autre main l'intérieur même de l'utérus pour s'assurer qu'il ne contient ni fibrome, ni carcinome. Le doigt cherche à ramener, s'il y a lieu, des débris de placenta ou de membranes. On est en même temps renseigné sur la profondeur et la direction de l'organe.

Cependant, surtout après l'avortement, l'utérus peut être assez revenu sur lui-même pour ne pas laisser pénétrer l'index, on sera, dans ces cas, obligé de la dilater au moyen de bougies d'Hégar ; mais c'est une éventualité rare, l'utérus infecté étant généralement mou et gros.

Après cette exploration, on se rince les doigts au sublimé et on introduit la grosse curette mousse jusqu'au fond de l'utérus.

On commence par atteindre le fond de l'utérus et l'on râcle assez fortement la face postérieure bien méthodiquement selon des lignes parallèles depuis le fond jusqu'au col.

Il est bon de ramener de temps en temps la curette au dehors pour évacuer les débris.

Après la face postérieure, on nettoie et gratte de même la face antérieure, puis les bords latéraux, puis le fond. Pour terminer on repasse le fond et les angles avec une curette plus petite, peu tranchante, car c'est surtout vers le fond, et vers les cornes utérines qu'il y aurait danger avec une petite curette de perforer l'utérus, d'autre part, la grosse curette n'y pénètre pas bien.

La petite curette de Ricamier, inventeur de la méthode, est encore la meilleure pour râcler les angles de l'utérus.

Dans le cours du curettage, s'il y a beaucoup de fongosité, il sera bon de faire, comme entr'acte, un grand lavage au permanganate de chaux.

On termine l'opération par le curettage du col.

Dans le cas qui nous occupe il ne faut pas s'attendre à percevoir le cri utérin. Dans ces utérus mous on a une sensation de mollesse, de friabilité, et il serait dangereux de râcler brutalement ; ce qui indique qu'on est allé assez loin, c'est une sensation de résistance qui tient à ce que la curette râcle un tissu plus dur et plus compact.

Il arrive que, pendant le curettage, brusquement on éprouve de la résistance ; la curette ne trouve plus son chemin ; cet incident est en rapport direct avec une contraction de l'utérus, et il suffit d'attendre quelques instants pour continuer l'opération.

Pour terminer, on peut, si l'on est bien sûr de l'asepsie de ses doigts, se rendre compte, par le toucher digital qu'il ne reste plus de fongosités ni de débris membranoux retenus dans la matrice.

D'autres opérateurs préfèrent frotter la cavité utérine avec un peu de gaze stérilisée, roulée et montée sur une longue pince. Par ce frottement on ramènerait très bien les débris que l'utérus pourrait encore contenir.

On fait définitivement une irrigation intra utérine très chaude, car la température de 45 degrés arrête les hémorragies en nappe. Le liquide employé pourrait être l'eau stérilisée ou le sublimé préparé avec de l'eau bouillie et 25 centigrammes de bichlorure de mercure par litre. Certains auteurs préfèrent le permanganate de chaux au millième ou la solution iodo iodurée.

Après l'injection, il est bon d'assécher l'utérus avec de la gaze sèche portée au moyen d'une pince, puis de badigeonner la cavité avec de la glycérine créosotée ou avec du chlorure de zinc au dixième.

Ce badigeonnage peut être fait au moyen d'écouvillons, suivant la pratique de Budin ou de Doléris, ou plus simplement avec un tampon de gaze ou de ouate monté sur un hystéromètre ou une pince.

On aura soin de préserver le vagin contre l'action des caustiques. D'ailleurs, pour enlever l'excès du liquide caustique, on recommence l'irrigation utérine et on termine par l'assèchement de l'utérus avec de la gaze stérilisée et l'introduction dans la matrice, au moyen d'une pince à pansement, d'une étroite bandelette de gaze stérilisée destinée à faire du drainage, sans faire cependant un vrai tamponnement. On met également de la gaze dans le vagin.

Si l'on a été obligé de dilater l'utérus, il convient, au lieu de gaze, d'introduire dans la cavité utérine un drain de caoutchouc de 10 centimètres de long sur 6 à 8 millimètres de diamètre, et fixé au col par un crin de Florence.

Ce drain sera laissé de 48 heures à 8 jours, si l'on craint l'atrésie.

Après l'opération, on relèvera avec soin la température. Si elle diminue, on enlève les mèches et on commence les injections vaginales. Si elle persiste, on pratique une injection intra-utérine et on renouvelle la mèche.

Si même la fièvre semblait continuer et s'élever les jours suivants, il faudrait en conclure ou bien que l'infection s'est généralisée en dépit du traitement, ou bien que le curettage a été incomplet ou insuffisant ; de toutes façons, on devra le renouveler.

On ne négligera pas le traitement général, et particulièrement les injections de sérum artificiel et antistreptococcique.

(*Indep. méd.*)

SYPHILIGRAPHIE

De la néphrite subaiguë au cours de la syphilis secondaire.

par RUTTEN (Th. de Paris.)

La néphrite syphilitique secondaire, étudié par M. Rutten peut se manifester sous trois modes. Tantôt il s'agit d'une simple albuminurie transitoire, indépendante de toute intoxication hydrargyrique, coïncidant avec une éruption roséolique et parfois avec une légère ascension thermique, caractérisant la fièvre syphilitique ; tantôt c'est une néphrite bénigne qui n'est pas influencée par le régime lacté, mais cède rapidement au traitement mercuriel ; tantôt enfin, et c'est le cas le plus rare, la syphilis secondaire, sous l'influence peut-être de lésions légères préexistantes, se traduit par une néphrite subaiguë, avec albuminurie abondante, cylindrurie et parfois hématurie.

Cette néphrite subaiguë présente deux terminaisons principales : ou bien elle passe à la chronicité, et devient le point de départ d'un véritable mal de Bright d'origine syphilitique ; ou bien, continuant son évolution subaiguë, elle entraîne la mort après une durée variant de quelques semaines à quelques mois. Il n'existe pas de caractéristique anatomique positive de la syphilis rénale secondaire. Les reins présentent généralement les caractères macroscopiques et histologiques du gros rein blanc ; seules certaines lésions des autres organes, telles que les gomme miliaires du foie et peut-être même l'abondance d'infiltration leucocytaire des espaces portes, en l'absence de toute autre signature infectieuse précise, peuvent permettre de lever tous les doutes à cet égard.

(*Indep. méd.*)

Caractère de l'évolution clinique et symptôme de la gomme cérébrale circonscrite.

par HERPER (Thèse de Paris.)

La céphalée est le symptôme le plus constant de la gomme cérébrale. Dans les épisodes aigus, elle se combine fréquemment aux vomissements et à la constipation. Dans les observations de l'auteur, sept fois sur huit, il y a eu lésion oculaire ; et six fois sur huit, œdème papillaire. Les différents types convulsifs sont unis entre eux par leur pathogénie et par leur symptomatologie. Tous les types de transition existent entre les convulsions

épileptiformes et l'épilepsie localisée. L'épilepsie localisée est remarquablement fréquente, bien que les observations en notent qu'exceptionnellement la lésion de la zone rolandique. L'hémiplégie, dans les lésions corticales, répond le plus souvent au type de la paralysie post-épileptoïde; elle est d'intensité décroissante, passagère, récidivante. L'hémiplégie, dans les lésions ganglionnaires est d'intensité croissante, peu sujette aux rémissions, durable. L'hémiplégie par lésions secondaires, banales, est moins fréquente que ces deux formes. Les monoplégies sont rares; les paralysies oculaires sont assez rarement signalées; elles dérivent, le plus souvent, de lésions concomitantes. L'aphasie motrice n'existait dans aucun de nos cas; les troubles de la parole sont le plus souvent connexes à la dépression de toutes les facultés intellectuelles. L'excitation qui n'est point justifiée par l'intensité de la douleur est rare dans la gomme cérébrale. La dépression est presque constante. Elle est caractérisée par un état de stupeur profonde et d'apathie qui ne s'accompagne pas, autant qu'il le paraît, à première vue, d'affaiblissement intellectuel. La tumeur syphilitique peut, avant qu'on trouble somatique se soit produit, simuler la folie simple; elle peut en imposer pour la paralysie générale.

(L'Ind. méd.)

Les endocardites aiguës consécutives aux infections biliaires.

par RISS (Thèse de Paris.)

L'endocardite aiguë doit occuper une place importante dans le chapitre des complications des infections biliaires. Elle peut être consécutive aux infections biliaires accompagnant la cholélithiase, le cancer du hile hépatique primitif ou secondaire, les kystes hydatiques rompus dans les voies biliaires, l'ictère grave et la cirrhose hypertrophique biliaire.

La veine porte, la veine cave inférieure et les veines sus-hépatiques sont les routes que suit l'agent infectieux pour se rendre des voies biliaires à l'endocarde. Les micro-organismes de la bile infectée peuvent passer dans le sang et déterminer une endocardite septique, avant qu'il y ait eu suppuration des voies biliaires.

La localisation valvulaire de l'infection sanguine est favorisée par les altérations antérieures des valvules: ancienne endocardite rhumatismale, ou dégénérescence athéromateuse.

L'endocardite par infection biliaire peut être simple lorsqu'une seule valvule est atteinte, multiple si plusieurs valvules sont atteintes à la fois. La valvule mitrale et les sigmoïdes aortiques, c'est-à-dire les valvules du cœur gauche, sont celles qui sont le plus souvent frappées.

Parmi les divers micro-organismes rencontrés, le coli-bacille est celui que l'on trouve le plus souvent dans

les endocardites aiguës consécutives aux infections biliaires. La forme végétante ou ulcéreuse de l'endocardite doit être subordonnée au degré de virulence du microbe plutôt qu'à sa variété morphologique.

L'endocardite passe souvent inaperçue pendant la vie du malade: les symptômes hépatiques sont prédominants et les signes importants qui pourraient faire rechercher la complication, l'état typhoïde par exemple, se retrouvent dans les infections biliaires graves. Aussi l'endocardite doit-elle être systématiquement recherchée dans tous les ictères fébriles.

Le pronostic de l'endocardite consécutive aux infections biliaires est grave; l'embolie en est souvent la complication fatale. La lésion valvulaire peut cependant passer à l'état chronique. On doit par conséquent admettre la possibilité d'endocardites chroniques consécutives aux infections biliaires et rechercher cette infection dans les antécédents des malades présentant des lésions valvulaires chroniques.

La lésion valvulaire peut se propager au feuillet péricardique sous-jacent, et déterminer la production d'une péricardite sèche ou avec épanchement.

(Ind. méd.)

FORMULAIRE

Traitement de la scrofule-tuberculose.

M. le Dr Périer indique, dans son journal, les *Annales des maladies de l'enfance*, quelques formules pouvant être utilisées chez les enfants, chez ceux en particulier qui présentent des menaces de tuberculose ou même déjà des lésions en action.

Comme iodure on peut donner :

Iodure de calcium.....	6 grammes.
Fau de chaux.....	50 —
Eau distillée de menthe....	100 —

(LE GENDRE.)

Une cuillerée à café dans un peu d'eau.

Phosphate de soude.....	} à 5 grammes
— de potasse.....	

Sirop de gentiane..... 100 —

Vin de quinquina au malaga 500 —

Une cuillerée à dessert ou à soupe.

Donner tous les 2 jours un bain d'un quart d'heure, contenant :

Sel de cuisine.....	1 kilogr.
Carbonate de soude.....	100 grammes.
Amidon.....	250 —

Tous les jours, frictions sèches sur tout le corps avec le gant de flanelle et la mixture suivante :

Alcoolat de lavande.....	} à
Alcoolat de romarin.....	
Alcoolat de Fioraventi.....	

Travaux Originaux

DU DIAGNOSTIC DU CHANCRE MOU ET DU CHANCRE SYPHILITIQUE. IMPORTANCE DES SIGNES OPTIQUES (1)

par M. le Dr HENRI LASNIER.

Elève des hôpitaux de Paris et de l'institut Pasteur.

Ex-assistant chirurgien au "London Hospital", à Londres.

Messieurs,

La question de la syphilis a déjà été traitée ici devant vous. Notre collègue M. le Dr Valin s'est fait l'historien scrupuleux et intégrè de cette terrible maladie qu'on appelle le chancre syphilitique; c'est ce qui m'a donné l'idée de vous parler du chancre mou ou plutôt du chancre simple, car, comme nous le verrons dans la suite cette, dénomination de chancre mou est tout-à fait défectueuse.

Pour être moins terrible en lui-même, le chancre simple n'en présente pas moins un intérêt très pratique, par les difficultés de diagnostic qu'il présente en certains cas, et le grand embarras dans lequel il plonge assez souvent le médecin, à sa période initiale, du moins.

On ne se tire bien d'affaire qu'en autant qu'on a dans l'esprit des idées claires et nettes sur ce sujet qui, nous servent de points de repère, qu'en autant qu'on y apporte la méthode la plus sûre.

Ce sont ces idées, c'est cette méthode, celle que le temps et l'expérience ont fait adopter en Europe ces dernières années, que je me propose surtout de faire ressortir devant vous ce soir.

Un peu d'histoire des maladies vénériennes et plus particulièrement du chancre mou, nous amènera plus naturellement au point où je veux en venir.

Autrefois, au quinzième siècle encore, la plus grande confusion régnait au sujet des maladies vénériennes. Chancres mous ou durs, herpès, blennorrhagies, urétrites, tout était syphilis ou vérole.

La lèpre elle-même était confondue dans ce groupe, et la thérapeutique, comme bien l'on pense, était livrée aux mêmes incertitudes.

Cette confusion devait durer jusqu'à notre siècle, ou plutôt jusqu'au siècle qui vient de finir, jusqu'à Ricord, dont le nom revient infailliblement à l'esprit, quand on parle de maladie vénérienne, comme celui de Napoléon lorsqu'on parle de guerre.

(1) Communication faite à la société médicale de Montréal, séance du 12 février 1901.

C'est qu'il incarne en lui le progrès fait en cette branche de la médecine. Nous vivons aujourd'hui des idées de Ricord et de ses élèves.

Pourtant il faut dire que Ricard a eu un prédécesseur.

En 1852, M. Bassereau publia un ouvrage, sorti de toute pièce de son cerveau, dans lequel il prouve qu'il faut maintenant diviser les chancres en deux grandes classes, l'une grave où ces chancres sont suivis d'une infection générale : la syphilis ; l'autre banale où la lésion n'est pas suivie d'infection générale.

C'était la naissance de la doctrine dualiste qui devait triompher plus tard.

Les livres de médecine de notre temps vieillissent vite à cause de la rapidité des progrès qui sont accomplis chaque jour, cependant ce livre, par l'éloquence et l'esprit qu'il déploie, continue encore à rayonner. C'est au dire de tous ceux qui le lisent, un des plus beaux qui soient sortis de l'esprit humain.

M. Ricord le combattit d'abord dans ses conclusions, mais il se rapprocha de lui peu à peu, à mesure qu'il avança dans l'étude de la vénéréologie et finit par être l'adepte et le vulgarisateur des idées de M. Bassereau.

" Il est dur de s'incliner, quand on est un maître comme l'était Ricord, nous disait un jour M. Jullien, (1) mais il était de bonne foi en tout ce qu'il faisait et recherchant la vérité avec passion, il ne demanda pas mieux que de se rendre lorsqu'il entrevit la lumière."

C'est une disposition d'esprit qu'il ne faut jamais manquer de signaler, je crois, car elle est assez rare, et il y a vraiment du mérite à se comporter en conséquence.

Mais continuons la marche, le développement de la doctrine de la dualité des chancres.

Des observateurs remarquèrent que le chancre qui d'ordinaire n'était pas suivi des accidents syphilitiques, était le plus souvent multiple. On pensa qu'il y avait peut être dans l'inoculabilité un caractère distinctif du chancre non infectant.

En effet, des inoculations expérimentales aux porteurs de ces chancres, des autoinoculations, réussirent, et

(1) M. Jullien est chirurgien à la prison de Saint-Lazare (107, faubourg Saint-Denis, Paris). Saint-Lazare est une maison de détention pour les femmes, prévenues de crimes ou délits, ou condamnées à un emprisonnement ne dépassant pas un an, et pour femmes publiques envoyées au dispensaire de salubrité pour cause de maladie. Cette dernière catégorie de détenues est tout-à-fait séparée de la première. Il s'y donne deux cours complets de syphiligraphie, de vénéréologie, qui ont lieu deux fois par an, trois fois par semaine. Les docteurs en médecine et les étudiants pourvus de seize inscriptions peuvent y assister.

prouvèrent que le chancre mou était seul susceptible de s'autoinoculer ; tandis qu'il était de règle, que les auto-inoculations du chancre syphilitique ne réussissaient pas.

C'était un autre appoint apporté à la dualité.

Il y eut une rage d'inoculation dans le monde médical. Les expérimentateurs voulaient vérifier cette découverte.

A Paris, M. Auzias Turenne détermina le chancre mou, ou plutôt le chancre simple, chez le singe. Les mêmes expériences réussirent à des médecins norvégiens.

Un malheureux médecin allemand se refusait de croire qu'il y eut des chancres susceptibles de produire une infection générale, fit sa quinzième inoculation de chancre sur lui-même, pour affirmer davantage ses convictions et... prit bel et bien la syphilis.

Puisque nous en sommes à donner à chacun la part qui lui revient dans l'étude des chancres, disons que M. Maurice est celui qui a le mieux déterminé les conditions de croissance du chancre mou (dans les milieux malpropres), et ses variations.

M. Aubert, de Lyon, a prouvé que le chancre simple résiste au froid et que la chaleur à 39° le fait disparaître.

On connaissait les allures du chancre simple, sa biologie ; mais il restait encore à montrer la pièce à conviction à produire, le microbe spécifique.

Cette gloire était réservée à M. Ducrey, de Naples, et, paraît-il, aussi à M. Unna, médecin allemand, puisqu'on appelle ce bacille, le strepto-bacille de Ducrey Unna, comme on dit le sérum de Roux-Behring.

Par des inoculations successives M. Ducrey arriva à débarrasser de toute association le microbe du chancre simple, à l'isoler complètement, à avoir dans ces chancres d'inoculation du microbe pur du chancre simple.

Cette découverte, qui établissait définitivement la doctrine dualiste, nous permit en même temps d'étudier à loisir les caractères de ce nouveau venu dans le monde bacillaire.

Il est gros et trapu, plus long que large, à extrémités arrondies. Tantôt libre il est parfois englobé dans les leucocytes.

Il se présente dans le pus chancreux, soit isolé, soit en amas, soit en *chapelet*.

La forme en amas est la plus ordinaire.

La coloration se fait par le violet de gentiane aqueux, ou la solution de phénate de thionine, solution à 5%.

en ayant soin de filtrer toujours avant de s'en servir.

La manière de le recueillir, c'est de râcler les tissus. C'est ainsi qu'on l'a en amas et plus gros que dans le pus.

Ce microbe a pour propriété de développer une action nécrotisante sur les tissus vivants. Il développe quelques fois le chancre dans l'espace d'une heure.

La symbiose augmenterait, au dire de certains auteurs, la virulence du bacille.

Parmi d'autres propriétés, il serait intéressant si les expériences pouvaient nous prouver que ce microbe ne résiste pas à la sécheresse, mais pour cela il faudrait pouvoir obtenir des cultures et conserver le microbe vivant pour ces expériences.

La découverte récente du sang gélosé comme moyen de culture conduira peut-être à des expériences qui nous apporteront cette réponse. La conclusion pratique serait le pansement sec, ou la dessiccation.

ETIOLOGIE.

Elle est vénérienne et génitale. Si la syphilis peut être transmise en dehors de l'action génésique, on ne comprend pas bien comment le chancre mou peut être inoculé.

Pour que l'inoculation se fasse, il faut qu'il y ait une érosion, un foramen.

La localisation : c'est surtout sur les organes génitaux et autour qu'il se développe.

Dans la zone sous ombilicale, il se développe moins fréquemment. Les chancres mous à la figure se développent le plus souvent chez la femme.

Il n'y a aucun point de la peau, à la rigueur, qui en est indemne, mais les chancres mous extra-génitaux ont tous une origine génitale. On peut toujours retracer jusqu'à son point de départ, c'est-à-dire jusqu'aux organes génitaux, les microbes qui sont venus s'implanter là sur la lèvre ou le doigt du chirurgien.

Les chancres mous sont plus fréquents durant les mois chauds que durant les mois froids. C'est ce qu'on appelle la *loi de Thomas*.

LA MARCHÉ DU CHANCRE MOU.

C'est tout d'abord une petite vésicule. La peau, ou plutôt l'épiderme se soulève, en même temps que le derme se congestionne et qu'il se forme du pus sous l'épiderme. Le derme éclate et l'ulcération est constituée.

Cette ulcération est assez irrégulière se rapprochant de la forme arrondie. Cependant comme on le voit sur certaines pièces du musée de l'hôpital Saint-Louis, et de l'hôpital Saint-Lazare, le chancre revêt la forme de

canal, de rainures, des pointes d'aiguilles. Les microbes travaillent, creusent dans la même direction.

(à suivre)

Coq-à-l'âne médicaux.

De l'examen du sang dans le cancer de l'estomac. —

Hartmann vient d'insister sur la valeur de l'examen du sang dans le diagnostic du cancer de l'estomac. Il dit que cet examen a plus de valeur que tous les symptômes cliniques réunis et que l'analyse du suc gastrique. Il dit qu'on doit penser au cancer de l'estomac toutes les fois que l'examen du sang fait constater une anémie très accentuée (diminution des globules rouges ou de leur teneur en hémoglobine) accompagnée d'une leucocytose mono-nucléaire manifeste. (*Ind. méd.*)

L'extrait de capsule surrénale cause d'hypotonie oculaire. — M. Grandélément, qui avait cru incriminer l'extrait de capsule surrénale dans la production d'une hypotonie très prononcée de l'œil, rapporte maintenant à une autre cause le symptôme présenté par son malade. L'efficacité de l'extrait dans les états hypertoniques de l'œil (glaucome, etc.) serait, donc, douteuse.

Réaction de Haycroft pour la recherche des acides biliaires. — Si l'on verse dans un verre contenant de l'urine un peu de soufre en fleurs, on voit le soufre rester à la surface du liquide si l'urine ne contient pas de bile et tomber, au contraire, au fond du vase en présence des acides biliaires. Le soufre peut tomber en présence de l'acide acétique, l'acétone, le formol, l'eau phéniquée, le pétrole, la térébentine, la benzine, le xylol, l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'aniline, le sulfure de carbone, l'huile d'olives, l'eau de savon, la potasse, etc. Malgré ceci, cette réaction est très précieuse pour la recherche de la bile dans l'urine, car les substances ci dessus mentionnées ne se trouvent habituellement ni dans l'urine normale ni dans l'urine pathologique. La réaction ne convient pas pour le contenu stomacal ni les selles. (*Gaz. heb.*)

Extirpation de la rotule. — M. Berger rapporte une extirpation de la rotule pour une forme névralgique d'ostéomyélite épiphysaire de croissance. L'auteur enleva la rotule épaissie, resutura le ligament rotulien et les ligaments latéraux à celui-ci. Avec la mobilisation,

le massage et l'électrisation, le malade marche aujourd'hui parfaitement.

Le signe de Comby dans la rougeole. — Comby considère comme très important pour le diagnostic de la rougeole avant l'éruption, quoique non pathognomonique puisqu'il a retrouvé ce signe dans la scarlatine, la grippe les oreillons — un gonflement gingival avec liséré pulvé. —

Le réflexe crémasterien comme indicateur de l'anesthésie chloroformique. — Guellot considère ce réflexe comme un moyen facile et infaillible de constater l'anesthésie chloroformique complète. Ce phénomène consiste dans le relèvement du testicule par la contraction du crémaster sous l'effet d'une irritation exercée sur la peau de la partie supéro-interne de la cuisse. (*J. méd. Paris.*)

Diagnostic. —

Le front est balaféré de plis, les yeux ardents
Flambent de fièvre et sont noyés de pleurs ; la
bouche

Fait un trou noir béant, plein de bave et farouche,
Où ballotte la langue, où se cognent les dents ;
Le ventre convulsé s'enfle, rentre en dedans,
Puis ressort bossu en nœuds comme une souche,
Et les poumons crachent le spasme qui les bouche,
S'essoufflent par la gorge en oris durs et stridents...
Mais quel est donc ce mal, ce coup d'épilepsie,
Où l'on râle écumant, la cervelle épaissie,
Les muscles brisés, les sens perdus, où la chair
Semble un poison dans une poêle à frire ?
Hélas ! Ce mal c'est notre ami, c'est le plus cher
C'est le consolateur des hommes ! C'est le... RIRE !

(*Le médecin.*)

Pompéi meurt d'une maladie de peau ! — Dans un cabinet de lecture :

— Madame, je voudrais un livre un peu sérieux.
— Nous avons... " *Les derniers jours de Pompéi* ".
— Soit... De quoi est-il mort ?
— Pompéi ?..... D'une... éruption ! (*J. méd. d.*

Paris.)

RIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

De l'hémo-diagnostic dans le cancer de l'estomac et dans les infections.

(Soc. de chir.)

M. Tuffier a pu poser par l'examen du sang le diagnostic d'ulcère de l'estomac chez une jeune femme atteinte d'hématémèses abondantes.

Mais si, dans les cas typiques, les données de l'hématologie sont merveilleuses, il en est d'autres où l'interprétation des résultats devient très difficile. Tout d'abord, la leucocytose peut manquer dans les tumeurs, elle peut n'apparaître qu'à la période cachectique, elle peut être temporaire, elle est influencée par la digestion enfin et surtout, elle accompagne toutes les infections ; en sorte que, si une ulcération quelconque, un ulcère chronique de l'estomac s'accompagne de toxi-infection, on a des résultats hématologiques à peu près analogues à ceux d'un cancer. Si donc l'hémodiagnostic est important pour le diagnostic des altérations chirurgicales, il ne faut cependant pas être exclusif et absolu à son endroit.

Ce diagnostic des lésions stomacales par l'examen du sang n'est d'ailleurs qu'un chapitre très restreint de la valeur de l'hématologie au point de vue chirurgical. M. Tuffier a souvent eu recours à cet examen pour confirmer un diagnostic, et c'est ainsi que tout récemment encore il a pu diagnostiquer chez 3 de ses malades : un abcès périnéphrétique, un hématome de la région inguinale consécutif à une cure radicale de hernie, enfin un kyste de la queue du pancréas.

M. Hartmann. — Ce que M. Tuffier vient de nous dire n'infirme en rien la valeur de la leucocytose combinée à l'anémie dans le diagnostic du cancer. Sans doute, les infections s'accompagnent également de leucocytose, mais cette leucocytose est polynucléaire, tandis que celle du cancer porte sur les mono-nucléaires : ce caractère différentiel et d'une importance capitale, et il importe de le faire ressortir dans toutes les recherches hématologiques.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

La pleurésie sero-fibrineuse chez le vieillard.

par M. MORAND (Th. de Paris)

M. Morand admet que les épanchements de la plèvre sont fréquents chez le vieillard. Après la pneumonie, la pleurésie est l'affection des voies respiratoires dont ils sont le plus souvent frappés. L'épanchement séro-fibri-

neux est presque le seul dont ils soient atteints. Après 60 ans, la pleurésie purulente devient une rareté, les pleurésies tuberculeuses sont en faible proportion et aussi les pleurésies méta-pneumoniques.

Les pleurésies secondaires sont les plus fréquentes et le plus souvent on les observe chez des cardio-rénaux au cœur hypertrophié, au rein atrophié, pendant une période d'asystolie que des accidents urémiques viennent parfois compliquer. Le poumon situé sous l'épanchement porte fréquemment comme lésions soit des noyaux inflammatoires pneumoniques ou broncho-pneumoniques, soit de véritables infractus, lésions antérieures à l'épanchement.

Ces pleurésies s'accompagnent de troubles fonctionnels peu caractéristiques, elles amènent peu de réaction, il faut les chercher pour les dépister.

Du fait de l'asystolie ou de l'urémie au milieu desquelles se produit souvent cette pleurésie, le pronostic est habituellement très sombre, bien que l'épanchement n'atteigne pas de grandes proportions.

Le traitement par la thoracentèse s'impose, moins souvent que chez l'adulte, du fait de l'abondance du liquide épanché.

(Ibid)

CHIRURGIE

De l'hyperleucocytose polynucléaire comme élément de diagnostic de l'accès du foie.

par M. le professeur Boinet (de Marseille).

L'examen du sang de malades atteints de grands abcès du foie d'origine dysentérique, montre une forte quantité de leucocytes. Leur proportion est de six à dix fois plus considérable qu'à l'état normal et, dans nos deux derniers cas, on comptait une quarantaine de globules blancs sur le champ d'une préparation vue à un grossissement de 420 diamètres. Avec les colorations au bleu de méthylène ou à la thionine, on peut aisément constater que les leucocytes, à plusieurs noyaux, sont très nombreux. Ces données nous paraissent justifier le terme d'*hyperleucocytose polynucléaire*. Dans les cas d'abcès du foie, cette augmentation des globules blancs est beaucoup plus considérable que celle qui existe dans l'anémie tropicale, la diarrhée, l'entérocologie, la dysenterie chronique des pays chauds, l'impaludisme, etc. Dès que l'abcès est ouvert, cette leucocytose diminue assez rapidement et d'une façon progressive et graduelle en rapport avec les progrès de la cicatrisation.

La présence de nombreux leucocytes polynucléés dans le sang de deux de nos malades d'hôpital vient de nous permettre de faire le diagnostic d'abcès tropicaux du foie. Le premier, âgé de vingt-trois ans, avait eu une dysenterie, au Cambodge, en octobre 1899 ; plusieurs

ponctions du foie avaient été infructueusement pratiquées. L'existence de 40 à 45 globules blancs par champ de préparations du sang vues à un grossissement de 420 diamètres nous fit soupçonner un abcès profond du foie qui fut incisé avec succès le lendemain. Notre second malade, âgé de trente ans, avait été aussi atteint de dysenterie, en Cochinchine, en 1898 ; il entra dans les hôpitaux en juillet et en octobre 1900. Les diagnostics les plus variés furent portés (accès palustres, grippe, pleurésie, tuberculose). L'examen du sang nous donnant les mêmes résultats que dans le cas précédent, nous concluons à l'existence d'un abcès profond du foie. Une longue incision avec résection costale a donné issue à un litre de pus hépatique ressemblant à du chocolat et complètement stérile. Ces faits prouvent bien l'importance pratique de ces examens hématologiques dans les cas d'abcès douteux du foie.

Les recherches bibliographiques que nous avons faites ultérieurement nous ont fourni peu de résultats. D'après MM. Bertrand et Fontan, les documents scientifiques se réduisent à une analyse de Langlet, trois observations de Maurel avec rares hématimétries et un cas de Leblond.

En résumé, cette leucocytose intensive est plus accusée dans l'abcès du foie que dans les autres suppurations. Elle est analogue à la *leucémie de suppuration*, signalée par Malassez (Soc. de biol., 1873) dans l'abcès du rein, les pleurésies suppurées, les abcès froids ou chauds, etc. Cette hyperleucocytose polynucléaire constitue donc un bon élément de diagnostic de l'abcès du foie, que l'on a souvent le tort d'opérer trop tardivement. Cette temporisation laisse à l'abcès le temps d'acquérir de grandes dimensions. C'est ainsi que nous avons vu au Tonkin, et même en France, des abcès tropicaux tellement vastes que la portion du foie restée saine était réduite à une coque de peu d'épaisseur. C'est alors que les adhérences à la cage thoracique ne permettent le rapprochement et l'accolement des parois de l'abcès qu'après une large résection de plusieurs côtes qu'une intervention plus hâtive aurait pu éviter.

(Gaz. des hôp.)

Traitement des loupes par les injections interstitielles d'éther.

L'idée de traiter les loupes (ou kystes sébacés) par les injections interstitielles d'éther remonte à Vidal. Elle a été reprise par M. Lermoyez, 1889 et tout récemment par M. Sergent.

Le but de la méthode est de ramollir l'amas de matières graisseuses qui constitue la petite tumeur, grâce aux propriétés dissolvantes des graisses qu'a l'éther.

On se sert d'éther sulfurique absolument pur, et d'une seringue de Pravaz stérilisable. Après les précautions antiseptiques d'usage, on saisit la loupe entre les

doigts de la main gauche, en faisant bomber et on enfonce l'aiguille en lui imprimant des mouvements de va-et-vient qui ont pour but de dissocier la matière sébacée et de faire diffuser l'éther.

On en injecte, selon le volume, cinq ou six gouttes à la fois. Sergent injecte une pleine seringue de Pravaz à la fois en s'y reprenant plusieurs fois.

Le lendemain ou le surlendemain, on recommence l'opération, et cela de quatre à dix fois, en ayant soin d'introduire l'aiguille toujours dans le même trou, car c'est ce qui déterminera une petite escharre par où la matière ramollie pourra sortir. En effet, quand on la sent suffisamment molle, on presse un peu et on la voit sortir, à l'état pâteux ou fluide.

Pour extraire le sac, on le dissocie d'abord au stylet, puis en pressant avec les doigts on en voit les bords apparaître à l'orifice du pertuis. On les saisit avec une pince, et on l'extrait en donnant de petites saccades.

(La méd. orientale.)

Dermatologie

Traitement du lupus tuberculeux par le permanganate de potassium.

par le Dr LUCIEN BUTTE.

Parmi les affections compatibles avec la vie, le lupus tuberculeux doit être rangé au nombre de celles qui sont les plus rebelles et les plus difficiles à guérir.

Les traitements internes et externes les plus variés, les plus douloureux et même les plus barbares, lui ont été opposés sans amener une guérison complète et définitive.

Certes, les traitements classiques par les scarifications, par les cautérisations ignées, etc., rendent des services, mais ils sont très douloureux, difficiles à appliquer, surtout dans les cas de lupus très étendus ; exigent une très longue durée, de fréquentes séances et finissent par lasser les malades.

Une nouvelle méthode de traitement par les rayons lumineux concentrés signalée par Finsen au dernier Congrès de dermatologie paraît efficace, mais, même en admettant son efficacité, elle exige une installation compliquée et coûteuse et n'est pas à la portée de tous les malades,

C'est pour cela que l'on voit les dermatologistes, fatigués de leurs insuccès, essayer journellement de nouveaux traitements.

Pour mon compte, après de nombreuses tentatives, je crois avoir trouvé un topique que j'ai expérimenté depuis plus de six ans et qui m'a donné jusqu'ici les meilleurs résultats. Il s'agit de l'application d'une solution de permanganate de potassium sur les parties atteintes de lupus.

En janvier 1897 j'ai essayé d'attirer l'attention sur

ce mode de traitement, que j'appliquais depuis six mois. J'espérais que quelques praticiens voudraient bien l'expérimenter. Depuis cette époque, je n'ai rien trouvé dans la littérature médicale française me permettant de penser qu'on avait essayé ma méthode. — Par contre, en Russie, j'ai lu dans un journal que le docteur Kaczanowski, de Saint-Pétersbourg, avait obtenu de bons résultats en saupoudrant de permanganate de potassium les parties atteintes de lupus vulgaire. Dans 34 cas ainsi traités, le médecin russe n'aurait obtenu que des succès.

S'ignore si le docteur Kaczanowski avait eu connaissance de ma note publiée deux ans auparavant. Quoi qu'il en soit, j'ai continué à expérimenter, pour mon compte, les applications de solution de permanganate de potassium dans tous les cas de lupus vulgaire qui se sont présentés à mon observation.

Ces cas sont au nombre de 16, et toujours il s'agit de lupus tuberculeux agminé de la face, excédens ou non excédens, datant de plusieurs années. Le premier traité l'a été il y cinq ans, le dernier il y a un an et demi. — Celui traité le premier, et que j'ai pu suivre jusqu'à ces derniers jours, n'a nécessité aucun autre traitement depuis trois ans et demi.

Voici comment je procède : Toute la partie atteinte de lupus est soigneusement lavée, soit avec du savon à l'ichthyol, soit avec l'émulsion antiseptique suivante :

Eau distillée.....	200 grammes.
Teinture de savon.....	50 —
Teinture de benjoin.....	5 —
Sublimé.....	0,30 centig.

puis on y applique quotidiennement pendant 12 à 15 minutes une compresse imbibée d'une solution tiède de permanganate de potassium à 2 pour 100.

Au bout d'une dizaine de jours on s'aperçoit que les tubercules sont recouverts d'une légère croûte noire, ils sont affaissés, ne présentent plus au toucher la sensation d'élevure, ils sont comme atrophiés, et le peu qu'il en reste a une consistance moins molle. — En même temps on constate que les autres portions de la peau malade sont plus lisses et plus tendues et, dans le cas de lupus excédens, on voit se produire un commencement de cicatrisation.

Après ces dix jours, le traitement ne doit plus être appliqué que tous les deux jours et cela pendant deux ou trois mois.

A ce moment, la peau est unie, on n'y sent plus généralement de tubercules apparents, mais elle conserve de la rougeur et un aspect cicatriciel ; le processus semble être arrêté, mais les traces de la lésion restent et il est bon d'appliquer un fard pour masquer ces traces autant que possible.

Si, par hasard, quelques nouveaux tubercules réapparaissent au bout d'un certain temps, il suffit de faire pendant quelques jours de nouvelles applications de

permanganate pour les voir s'affaisser.

Dans les 16 cas soumis à mon observation, un seul s'est montré plus rebelle ; il m'a fallu plus d'un an pour obtenir les résultats que je viens de signaler et qui ont été acquis au bout de deux ou trois mois dans les autres cas.

Au début les applications du topique ne sont pas très pénibles ; cependant certains malades, les femmes surtout, se plaignent d'une sensation douloureuse persistant une ou deux heures. — Une friction avec une pommade à la cocaïne amène un soulagement rapide.

Dans quelques cas, j'ai constaté qu'à la fin du traitement la peau devenait plus sensible et que le permanganate à 2 pour 200 était mal supporté ; j'ai alors diminué la dose et employé une solution à 1 pour 100.

Tels sont les résultats obtenus. Je n'oserais pas affirmer que les applications à 2 pour 100 de solution de permanganate de potassium amènent la guérison absolue et définitive du lupus vulgaire, mais elles arrêtent la marche de la maladie, elles sont faciles à appliquer, à la portée de tous. Ce sont là des avantages appréciables et sur lesquels j'ai cru utile d'attirer l'attention des praticiens.

J'ajouterai que j'ai essayé l'emploi des mêmes solutions de permanganate contre le lupus érythémateux. Les résultats obtenus me paraissent favorables, mais mon expérience ne portant que sur deux cas ne me permet pas de me prononcer d'une façon définitive.

(An. thér. dermat. et syphilig.)

Le pemphigus.

par COMBY.

L'auteur termine sa leçon par les considérations thérapeutiques suivantes :

Tout pemphigus devra être immédiatement isolé. Tout accoucheur qui aura soigné un enfant atteint de pemphigus devra, ou cesser un certain temps de faire des accouchements, ou subir une désinfection complète de son corps, de ses mains, de ses vêtements. Si l'isolement ne peut être obtenu, les bulles seront pansées de telle façon qu'aucune émanation, aucun germe ne puisse être transporté. C'est dire que toutes les personnes appelées à donner leurs soins au petit malade, devront se soumettre aux mesures d'antisepsie médicale prescrite en pareil cas.

Nous n'avons pas de traitement spécifique du pemphigus aigu. Il faut se borner, d'une part, à soutenir les forces de l'enfant, à combattre la fièvre par les antipyrétiques (quinine, antipyrine), à assurer le libre accès de l'air dans la pièce habitée par le malade, à faire au besoin des inhalations d'oxygène ; d'autre part, à panser aseptiquement les surfaces malades. Le traitement qui m'a le mieux réussi est le suivant :

Bains de sublimé à 1/10.000 donné tous les jours. Après le bain, pansement avec une poudre :

Lycopode.....	} ââ p. c.
Salol.....	
Acide borique.....	

Quand les bulles sont confluentes, quand de vastes étendues de peau sont dénudées, il faut traiter le pemphigus comme les brûlures graves (solution d'acide picrique à 1/100, pansement ouaté).

E. Besnier n'est pas partisan dans ce cas de bains qui mettent à nu les surfaces dénudées, saignantes et douloureuses.

Duncan Bulkley considère l'arsenic à haute dose comme très efficace dans le pemphigus vrai. Hutchinson, Goodhart proclament également son efficacité.

Dans le pemphigus foliacé et dans toutes les formes à rechutes, à répétition, à tendance chronique, il faut redouter l'air confiné, l'humidité, l'air de la mer : il faut conseiller la campagne, la cure d'air loin des rivières, des lacs, de la mer, le calme de la vie, etc.

(Rev. inter. méd. et chir. — Ind. méd.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Compte rendu analytique de la séance du 12 février 1901.

Présidence du docteur HERVIEUX.

Le chancre mou.

M. Lasnier donne sur ce sujet une étude, que nous aurons le plaisir de lire dans une au page de "La Revue".

Après avoir fait l'historique de l'affection, le conférencier étudie le chancre mou, surtout au point de vue du diagnostic. Ce que le patient veut savoir, dit-il, c'est si, oui ou non, il a la syphilis.

Il fait le diagnostic différentiel entre ces deux affections, s'attachant surtout aux caractères optiques du chancre.

Autrefois, qui disait *induration*, disait syphilis ; aujourd'hui ce caractère doit être relégué au second plan, car dans beaucoup de chancres simples nous avons l'induration, et vice versa. Alors, la dénomination — chancre mou ou dur — n'a plus sa raison d'être pour différencier le chancre non infectieux de la manifestation primaire de la syphilis.

Il insiste sur les moyens cliniques objectifs. Le traitement doit consister à détruire les sécrétions pour prévenir les réinoculations. On emploie les caustiques ; chlorure de zinc, etc.

M. Lecavalier est d'opinion qu'un chancre syphilitique peut s'infecter et être pris pour un chancre simple. Dans ce cas le chancre suppure et peut produire un bubon suppuré.

Il rapporte le cas d'un patient qui a été examiné par un maître en syphiligraphie lorsqu'il était à Paris, l'été dernier. Cet auteur avait diagnostiqué syphilis

tandis que plusieurs autres médecins avaient diagnostiqué chancre simple. Ceux-ci se basaient sur la suppuration, qui devait être secondaire ici. Nous devrions insister pour savoir quel traitement a été suivi.

M. Mercier partage l'opinion de M. Lasnier, et il considère l'induration comme caractère secondaire. Les patients, dit-il, se cautérisent eux-mêmes et arrivent au cabinet du médecin avec un chancre durci par le caustique. Dans le chancre mou nous avons un ganglion plus gros et plus douloureux que les autres. Il fait de la cautérisation à outrance.

Le rein flottant.

M. Parizeau présente une statistique de dix interventions chirurgicales pour rein flottant.

Il n'a revu que six de ses opérées, de 3 à 6 mois après l'opération. Ces six cas étaient ceux qui présentaient les meilleures chances de succès opératoire. Le premier cas présentait des stigmates hystériques ; dans ce cas le résultat n'a pas été suffisant pour justifier l'intervention, car au bout de quelques mois les mêmes troubles sont réapparus.

Les cinq autres cas ont donné des résultats satisfaisants.

Après avoir donné la topographie du rein, le conférencier dit qu'un rein à l'état normal ne doit pas être senti.

Il divise les luxations du rein en trois degrés : dans le premier degré le rein est encore derrière la 12^e côte ; dans le deuxième degré le rein déborde les côtes ; dans le troisième degré nous avons le vrai rein flottant, qui peut descendre jusque dans la fosse iliaque.

Le rein en ectopie peut contracter des adhérences fibreuses qui amènent différents troubles : condüres de l'uretère, etc.

Le rein flottant se rencontre dans 87% des cas observés, et 10 à 12% chez la femme seule.

Il invoque comme cause les prédispositions natives, le corset, la grossesse (l'effondrement des parois abdominales).

La douleur doit être attribuée au tiraillement du plexus nerveux, ou aux condüres de l'uretère.

Après avoir passé en revue tous les symptômes, il en arrive au traitement.

Le rein flottant, dit-il, peut être traité ; 1° par les appareils orthopédiques ; 2° par la néphrectomie ; 3° par la néphropexie.

Il croit qu'il convient de commencer par faire porter un appareil, afin de préparer la malade à l'opération ; mais ces appareils sont mal supportés.

La néphrectomie, qui se pratiquait beaucoup trop souvent autrefois, est presque complètement rejetée aujourd'hui. Elle pourrait être indiquée lorsque le rein en ectopie présente une épithélioma, ou quand il y a hydronéphrose considérable avec disparition presque complète du parenchyme rénal.

La néphrectomie est la seule opération rationnelle.

Le procédé opératoire du conférencier consiste à aviver une surface du rein et à le fixer à la paroi lombaire ; les sutures, qu'il fait passer dans le rein, lui servent en même temps pour son plan musculaire.

Lorsqu'une malade se présente avec des troubles digestifs sans cause apparente, et lorsque, à l'examen, on constate un rein flottant, l'opération est indiquée.

Dans les cas où il y a un nervosisme, le succès opératoire est moins assuré.

Le professeur Demers cite les opinions de Lancereau. Le rein flottant est plus fréquent à la période d'activité sexuelle. Les crises arrivent surtout dans le molimen hémorrhagique.

Dans la luxation acquise la capsule surrénale ne suivrait pas le rein, tandis que dans la luxation mécanique elle descendrait.

Parlant des ceintures orthopédiques, qui sont mal supportées, M. Demers dit qu'il y a une ceinture plus naturelle, qui, dans certains cas, peut donner des résultats plus favorables ; c'est la grossesse.

M. Mercier fixe le rein à la 12^e côte.

M. Dubé fait toujours une exploration du côté du rein, quand une patiente se présente avec des troubles dyspeptiques, et que ces troubles ne paraissent être attachés à aucune intoxication, ou à aucune erreur de diète. Dans ces cas, s'il y a ectopie rénale, il conseille l'opération, après avoir fait le dosage de l'urine.

Il tend à invoquer, comme une des causes de la chute du rein, un amaigrissement subit.

La loge cellulaire qui entoure le rein disparaîtrait alors, comme tout le reste du tissu graisseux de l'économie, et le rein aurait plus d'espace pour descendre.

M. Lasnier se déclare partisan du procédé opératoire en deux temps ; c'est le procédé de Guyon. Dans un premier temps la loge cellulaire péri rénale est incisée, le rein est soigneusement débarrassé de la graisse qui l'entoure, puis l'espace entre le rein et la loge cellulaire est bourré de gaze aseptique, qu'on laisse sur place pendant huit jours. Pendant ce temps il se produit, de place en place, des bourgeons qui favoriseraient autant d'adhérences. Le deuxième temps consiste à fixer le rein à la 12^e côte.

M. Hervieux rapporte le cas d'une malade qui a pissé par le côté pendant quinze jours, à la suite de l'opération. C'est un accident à redouter. Les symptômes nerveux ne sont pas améliorés par l'opération, ils deviennent quelquefois plus alarmants. Il demande au conférencier si la fréquence du côté droit n'est pas due à la loge du rein, qui est ouverte en bas, de ce côté.

M. Parizeau répond qu'en effet tous les auteurs reconnaissent cette particularité d'anatomie, mais que cette ouverture n'est qu'une cause secondaire, puisqu'on constate le rein flottant du côté gauche.

Quant à la cause qu'invoquait M. Dubé, (l'amaigrissement) il prétend qu'elle ne doit agir que très rarement

puisque dans des cas opérés, où on avait constaté un amaigrissement rapide, on ne trouvait pas d'amaigrissement local.

RHEAUME.

QUESTIONS ET REPONSES

6° Quel est le meilleur remède à employer dans les vomissements incoercibles de la grossesse ?

N. D.

R. — Les vomissements incoercibles amènent rapidement chez la femme enceinte une faiblesse excessive qui peut même compromettre son existence.

Si ces vomissements sont continus, au point que la femme ne peut plus rien garder, les syncopes surviennent très fréquemment et la malade tombe dans un état où la mort peut arriver soudainement.

Dans de tels cas, la médication thérapeutique contre les vomissements est à peu près nulle, et si la femme est en danger de mort, il faut recourir au traitement obstétrical qui consiste dans la cautérisation ou la dilatation du col, ou même dans l'avortement provoqué ; ce dernier sera employé ou non suivant la responsabilité personnelle que voudra encourir l'accoucheur.

Dans les cas ordinaires une multitude de médicaments ont été préconisés ; nous nommerons, entre autres l'oxalate de cérium, la teinture d'iode, l'iodure de potassium, l'eau de laurier-cerise, le chloroforme, l'éther, le calomel, la teinture de noix vomique, le rhum, la magnésie, le bismuth, la belladone, etc.

L'oxalate de cérium, à hautes doses souvent répétées à peu près 10 à 12 grains, trois ou quatre fois par jour, a donné de très bons résultats.

Le café fort, à la glace, pris le matin, à jeun, a produit des guérisons tout-à-fait merveilleuses.

Dans le traitement des vomissements de la grossesse, il ne faut pas oublier le traitement moral, ou plutôt subjectif de la malade ; ce qui est fort important.

Les vomissements de la grossesse sont de nature réflexe, et par suite de cette origine possèdent chez chaque malade un caractère spécial suivant sa névrosité plus ou moins grande, suivant les conditions plus ou moins favorables où la femme se trouve.

C'est au médecin à décerner parmi ces nombreuses variétés celle qui appartient à sa patiente, et à appliquer alors, avec jugement, la médication la plus rationnelle.

Nous pourrions ajouter comme quelquefois très efficace, un des moyens suivants : contre-irritation à la région vertébrale, vis-à-vis l'épigastre ; le froid appliqué à cette endroit (glace, pulvérisation d'éther sulfurique ou stypage) ; le chlorure de sodium (10 à 40 grs.) administré dans de l'eau chloroformée ; le tannate d'orexine (2 à 8 grs.).

Travaux Originaux

DU DIAGNOSTIC DU CHANCRE MOU ET DU CHANCRE SYPHILITIQUE. IMPORTANCE DES SIGNES OPTIQUES (I)

par M. le Dr HENRI LASNIER.

Elève des hôpitaux de Paris et de l'institut Pasteur.

Ex-assistant chirurgien au "London Hospital", à Londres.

(Suite)

COMPLICATIONS.

Les complications qui peuvent arriver sont des douleurs violentes, la gangrène et des hémorragies à la suite de la gangrène.

Dans le chancre gangreneux, comme dans la planche que je vous présente ici, et que je dois à l'obligeance de mon ami monsieur le docteur Lesage, on voit le prépuce être dévoré en vingt quatre heures.

Un fait curieux dans la gangrène c'est qu'au moment qu'elle est définitivement installée, qu'elle a fini de s'étendre, la virulence cesse, le microbe disparaît.

Si on cherche à inoculer le pus d'un chancre phagédénique, ça ne prend pas. La gangrène du chancre n'est pas microbienne.

L'alcoolisme et l'impaludisme surtout ont une grande influence pour développer le phagédénisme.

Les cas de chancres phagédénique qu'il m'a été donné de voir étaient tous des palludéens.

Le chancre phagédénique se localise souvent dans le poil.

Quand on a un chancre localisé au pubis, il y a un moyen de savoir s'il sera phagédénique.

On rase la partie, on considère bien les caractères, on examine au microscope, puis on inocule.

L'inoculation se fait de la manière suivante : On lave la peau en un endroit quelconque au savon, puis au sublimé, on fait des scarifications et on laisse sécher le pus étalé sur ces scarifications. Le lendemain, après 24 heures, s'il n'y a rien c'est que ce chancre ne sera pas phagédénique.

On pourrait maintenant faire l'ensemencement sur le sang gélosé, et l'expérience aurait la même valeur que l'autoinoculation.

DIAGNOSTIC.

Mais l'autoinoculation ou l'ensemencement sur sang gélosé sont des procédés longs, plutôt des procédés de

confirmation dont le malade et le médecin aiment autant se dispenser.

Le patient lui, ce qu'il demande, c'est qu'on lui dise séance tenante, si oui ou non, il a la syphilis, (car c'est là la terrible réalité, le grand sujet d'épouvante) ou si simplement il a un chancre mou.

C'est entre ces deux affections surtout que le diagnostic doit être fait, car c'est là qu'il présente les plus grandes difficultés.

L'herpès avec ses petites vésicules, son contour polycyclique est ordinairement facile à diagnostiquer.

A venir jusqu'à ces dernières années on a, dans le diagnostic entre le chancre mou et le chancre syphilitique, attaché une importance capitale à l'induration. Tout chancre induré était déclaré syphilitique, tout chancre non induré : chancre mou.

Bien des médecins en présence d'une ulcération présumée syphilitique prenaient l'ulcération en leurs doigts et détournant la tête et se fermant les yeux, se disaient en eux-mêmes : Voyons, y a-t-il là-dedans quelque chose de l'induration parcheminée, lamellaire ou nodulaire ?..... S'ils trouvaient quelque chose comme ça, ils affirmaient carrément "Oui monsieur ou madame, vous avez un chancre syphilitique." Si on ne trouvait pas d'induration ils disaient : "Non mon ami n'ayez aucune crainte, ce n'est pas grave, vous pouvez vous en moquer, ce n'est qu'un chancre mou."

Mais bientôt des faits vinrent prouver que la méthode était par trop simpliste qu'il y avait des chancres qui présentaient à leur base une induration banale et cependant tellement accentuée, que le doigt le plus exercé reste incapable de distinguer de l'induration syphilitique et que ces chancres ne sont jamais suivis de roséole, ni d'aucun symptôme de syphilis ; de même qu'il existe des chancres syphilitiques dont la base n'est pas indurée ou ne l'est que d'une façon insignifiante ou insuffisante pour diriger le diagnostic.

Et ces faits sont si fréquents qu'il n'est pas permis de dire qu'ils soient exceptionnels.

Ils ont servi d'argument, ils ont été le grand argument des contradicteurs de la doctrine dualiste.

On a dit : puisqu'il y a des chancres mous syphilitiques et des chancres durs non syphilitiques, vous voyez donc que l'induration n'a rien à voir dans la syphilis, qu'il est impossible de séparer cliniquement les chancres en deux espèces, l'une qui donnera la syphilis sera suivie de roséole et l'autre qui ne le sera pas, et que par conséquent la doctrine dualiste est fausse...

Le temps et l'expérience ont montré, et il est prouvé aujourd'hui que la doctrine de la dualité est vraie, que la grande cause d'erreur a résidé dans la trop grande importance accordée à l'induration que ce symptôme à lui seul est impuissant à nous conduire à un diagnostic certain, qu'il faut chercher ailleurs la distinction de ces deux espèces de chancres.

Mais où se trouve-t-elle cette distinction ?

Elle se trouve dans l'étude des *caractères optiques*. Caractères dont l'importance a bien été reconnue dès les débuts de la doctrine dualiste, mais qu'un trop grand nombre de praticiens négligent de consulter.

Le remède à la situation est simple, il consiste à remettre en honneur les caractères optiques que la situation exceptionnelle faite à l'induration a fait reléguer au second plan. On pourrait dire a fait mettre de côté, par bon nombre de médecins.

Un autre remède, celui-là, plus radical peut-être, serait de rechercher pour les chancres d'autres qualificatifs que ceux d'induré et de mou ; dont le temps a montré les inconvénients et les dangers.

Ces caractères optiques quels sont-ils ?

Les voici mis en regard sur ce tableau avec de chaque côté des planches reproduisant des types de ces deux espèces de chancres.

Pour le chancre mou ou plutôt le chancre simple.

1° Forme moins régulière.

2° La tendance à creuser, à détruire le derme, les bords taillés à pic, décollés, surplombants.

3° La coloration jaune pyoïde.

4° Absence de membrane ou de croûte adhérente.

5° La rapidité, la facilité, l'abondance de l'épanchement qui se produit à la surface quand on exerce un frottement sur celle-ci.

POUR LE CHANCRE SYPHILITIQUE.

1° La régularité de la forme arrondie ou ovalaire.

2° La sécheresse, le manque de sécrétion et de suppuration.

3° Le peu de tendance à creuser, puisque le chancre syphilitique peut être bombé, plan ou tout ou plus creusé en godet.

4° La coloration en cocarde : grise au centre, rouge au pourtour.

5° Le revêtement diphtéroïde.

6° La tendance aux hémorrhagies.

Les auteurs attachent à ces trois derniers caractères une importance particulière, au moins aussi considérable

que l'induration ; comme elle, ils se rattachent à la structure propre du chancre. L'enduit diphtéroïde est la conséquence de l'altération particulière subie par l'épithélium au niveau de la lésion : la coloration en cocarde est due à l'association des couleurs de l'épithélium altéré, et du derme enflammé. Les hémorrhagies faciles sont la résultante de la fragilité des vaisseaux, fragilité occasionnée par l'inflammation des capillaires dont l'existence et l'importance dans l'accident initial de la syphilis, ont été reconnues par tous les histologistes.

Messieurs, un mot du traitement du chancre simple.

Si le traitement du chancre syphilitique peut, comme M. Fournier le professe depuis longtemps, se résumer en ce mot : *propreté*. Il faut quelque chose de plus pour le chancre mou.

Le médecin doit s'efforcer de détruire la virulence pour empêcher la réinoculation. Les moyens les plus récents pour arriver à ce but sont le chlorure de zinc.

Monsieur Balzer emploie la formule suivante :

Chlorure de zinc..... 1 partie.

Oxyde de zinc..... 9 —

Eau distillée (pour faire une pâte Q. S.)

Appliquer sur le chancre un coton recouvert de cette pâte, enlever après 24 heures. Il est quelquefois nécessaire de renouveler le pansement deux ou trois fois.

M. DuCastel fait des attouchements avec la solution suivante :

Alcool à 90°..... 10 parties.

Acide phénique cristallisé..... 1 —

On peut répéter l'attouchement plusieurs jours de suite. Eviter que le liquide ne se répande sur la peau saine environnante.

Il existe une différence absolue de tolérance pour l'acide phénique entre les muqueuses et la peau : celle-ci s'enflamme et peut même se gangréner au contact de solutions qui ne sont que bienfaisantes pour les muqueuses. Les muqueuses doivent probablement à leur structure spéciale de supporter sans inconvénients des solutions d'acide phénique nocive pour la peau. La solution phéniquée paraît la solution de préférence pour les chancres sous préputiaux, masqués par un phimosis. Injecter une fois par jour la solution, jusque dans le fond du sillon balano-préputial, en ajoutant au bout de la seringue un petit tube de caoutchouc qu'on introduira jusque dans le fond du sillon, sans crainte aucune de blesser le malade. Dans le reste de la journée, faire le nettoyage des parties malades en injectant à plusieurs

reprises et de la même façon une injection antiseptique faible : acide borique, résorcine, etc., etc.

L'excision du chancre simple n'est pas rentrée dans la pratique courante à cause de la facilité des réinfections et des récidives à la suite de l'opération.

L'emploi de la chaleur a été recommandé par M. Aubert, de Lyon. Cet observateur distingué a montré que le chancre simple perd sa virulence quand on le maintient quelque temps à une température supérieure à 40°. La partie inférieure du corps sera plongée pendant plusieurs heures dans un bain dont la température sera maintenue à 38° à 40°, des compresses froides seront appliquées sur la tête : des cordiaux administrés.

Ce traitement, recommandé par M. Martineau, semble devoir être réservé aux cas de phagédénisme ; encore vaut-il mieux recourir à des irrigations continues avec une eau maintenue à une température supérieure à 40°.

143, rue Saint-Denis, Montréal.

Revue des journaux

MEDECINE

Le bruit de galop dans la néphrite interstitielle.

par M. LEFÈVRE (Th. de Paris.)

M. Pierre Lefèvre retrace les caractères du bruit de galop de la néphrite interstitielle : c'est le plus fréquent de tous les bruits de galop. Sa valeur séméiologique est aussi importante que la polyurie, l'albuminurie, l'hypertrophie du cœur, et l'hypertension artérielle. Il peut faire porter le diagnostic de néphrite interstitielle alors même que l'albumine fait défaut. Il peut apparaître dès le début de la maladie,

Il s'accompagne presque toujours d'hypertension artérielle et le plus souvent d'accentuation du deuxième bruit aortique et d'albuminurie.

Bien qu'il coïncide souvent avec l'hypertrophie du cœur, celle-ci peut faire défaut et le galop peut être dû à un état spasmodique des vaisseaux périphériques et du cœur.

C'est un bruit de tension diastolique, comme l'a démontré le Dr. Potain.

La modalité du bruit de galop a une importance pronostique : le bruit de galop protodiastolique indique une hypertrophie du ventricule gauche ; le bruit de galop présystolique indique une hypertrophie avec dilatation. On peut y observer successivement ces deux modalités chez le même malade.

La palpitation, en donnant la sensation d'un soulèvement de la région préventriculaire, peut faire le diagnostic du bruit de galop protodiastolique avec le dédoublement du deuxième bruit.

(Ibid.)

Siege et diagnostic de la goutte:

par STRUMPELL (d'Erlangen):

Une des particularités les plus importantes de la goutte c'est la préférence pour l'articulation basale du grand orteil. Mais il peut arriver que le premier accès ait lieu dans la cheville, à l'articulation du genou, etc. Les articulations des extrémités inférieures sont plus souvent atteintes que celles des extrémités supérieures. On ne voit que rarement les articulations de l'épaule et exceptionnellement celles de la hanche atteintes.

Une autre particularité de la goutte articulaire c'est son caractère monarticulaire ou tout au plus oligo articulaire. Dans la plupart des cas, les premières attaques se limitent à un seul orteil, à une seule articulation du pied ou des genoux. En tous cas, il n'y a jamais plus de deux ou trois articulations attaquées simultanément. C'est une particularité qui est en opposition avec le rhumatisme articulaire aigu. A remarquer encore la grande fréquence et la courte durée des accès qui distinguent encore la goutte du rhumatisme articulaire.

Quant aux symptômes de l'accès de goutte aiguë il faut accorder une grande importance au brusque début, à la très courte durée de la douleur, à la rougeur inflammatoire et à la tuméfaction de l'articulation.

Parmi les principales formes de la goutte larvée, il faut en citer une qui simule l'arthrite déformante.

L'ankylose des articulations des petits doigts, les dépôts goutteux des oreilles, etc., peuvent aussi aider à établir le diagnostic.

Une autre forme de la goutte larvée qui a une grande importance pour le praticien simule la tarsalgie, l'achillodynie l'ischialgie atypique, etc. Dans ce cas, il faut consulter aussi l'anamnèse.

Parmi les affections goutteuses des organes internes, il faut citer le rein goutteux, que l'on confond facilement avec la néphrite chronique. Dans ce cas aussi c'est une anamnèse soigneuse qui pourrait mettre le médecin dans la bonne voie. Quant aux rapports entre la goutte et les maladies du cœur et des artères, on est encore aux hypothèses.

En ce qui concerne l'étiologie, il faut en première ligne, désigner comme cause l'alcoolisme chronique, mais il faut encore pour que le mal se déclare, un élément individuel endogène. Cet élément endogène se montre avant tout dans la prédisposition héréditaire. La goutte, le diabète et l'obésité peuvent se présenter alternativement dans les diverses générations d'une famille. Le

plomb aussi peut produire une sorte de goutte. Le concours de l'action de l'alcool et du plomb produit très facilement la goutte.

(*Mue. Med. Woche. — Ind. méd.*)

CHIRURGIE

La mort par les brûlures graves et étendues.

(Soc. anat.-clin. Lille).

M. Besson, après avoir fait remarquer la gravité très grande des brûlures étendues, rappelle qu'un nouveau traitement a été employé presque simultanément en Italie, par Tomasolli (de Palerme), en France, par Duret (de Lille). Il a recueilli 17 observations de malades traités par cette méthode qui consiste à pratiquer quotidiennement des injections sous-cutanées massives d'eau salée, à la dose de 500, 1000 et 2000 grammes. 14 proviennent de la clinique de Tomasolli, trois ont été prises dans le service de M. le professeur Duret, par M. Besson. L'une d'elles est particulièrement typique : Un homme adulte, victime d'une explosion de gaz, présente des brûlures à la face, au cou, aux mains et avant-bras ; son état reste bon pendant les 3 premiers jours, puis la fièvre s'allume, le pouls monte à 120, la langue devient sèche, rôtie et le délire apparaît. Aussitôt M. Duret ordonne des injections de sérum artificiel, atteignant 2 litres et même 3 litres par 24 heures. Sous l'influence de ce traitement, l'état général du malade s'améliore, le délire disparaît, la langue devient humide, les urines abondantes et claires. Le sérum est continué plusieurs jours après cette notable amélioration, et le malade sort complètement guéri de l'hôpital.

Une seconde observation, semblable à la précédente montre une nouvelle guérison obtenue après injection sous-cutanée d'une quantité totale de 8 litres de sérum artificiel, à laquelle il avait été ajouté, à cause de la température élevée du malade, la balnéation froide.

M. Besson compare les résultats obtenus par cette thérapeutique, par Tomasolli et Duret, et montre que les rares cas d'insuccès, observés par l'auteur italien, s'expliquent par leur degré de gravité extrême et par les faibles quantités de sérum employées, qui ne dépassaient jamais 500 grammes. Au point de vue clinique, le traitement des brûlures graves et étendues par les injections salées à doses massives donnent de beaux résultats et la statistique ne fait que prouver ce que l'étude des causes de la mort dans ce genre de brûlures faisait prévoir. En effet, après avoir fait une étude critique des brûlures, M. Besson déclare que la mort doit être attribuée à des phénomènes de déshydratation du sang. Déjà Duret, en 1876, avait signalé l'oblitération de l'artère sylvienne et, par conséquent, la tendance du sang à la coagulation

puis, l'expérimentation démontra que, chez le lapin, les brûlures graves de l'oreille s'accompagnaient d'un aspect particulier du sang, qui devenait épais et sirupeux, de thromboses et d'embolies de tous les organes, enfin, les travaux nombreux d'hématologie vinrent expliquer le mécanisme de ces embolies, qui sont consécutives aux altérations des éléments figurés du sang. Ces embolies vont supprimer l'activité fonctionnelle des organes dépurateurs de l'organisme (foie et reins), il se produit donc une accumulation de toxines dans l'organisme, qui se trouve être encore augmentée par suite d'un drainage sanguin défectueux.

L'individu gravement brûlé meurt intoxiqué dans la plupart des cas, car le choc, la sidération nerveuse peuvent quelquefois être accusés de produire la mort.

Le traitement des brûlures graves et étendues par les injections massives de sérum artificiel est donc rationnel, puisqu'il favorise la fluidification du sang et l'élimination des toxines.

M. Dervaux cite un cas très démonstratif, chez une femme épileptique, présentant des brûlures graves, consécutives à une chute sur un foyer. Le traitement par les injections massives améliora rapidement l'état général, qui était très mauvais, mais la malade quitta l'hôpital avant guérison complète, le traitement ne put être continué et la mort survint quelque temps après.

M. Duret. — Les brûlés meurent du fait d'une toxémie, et non de la douleur : par conséquent, il y a indication à pratiquer, chez eux, un véritable lavage du sang par les injections sous-cutanées à doses massives, auxquelles on peut ajouter les bains prolongés et les lavements salés. L'injection massive est un puissant agent thérapeutique dans toutes les formes de toxémie ; dans un cas d'infection péritonéale par perforation intestinale, il m'a permis d'obtenir la guérison.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

GYNECOLOGIE

Le traitement de la dysménorrhée.

par F. W. N. HAULTAIN.

Pour l'auteur, la dysménorrhée peut être définie comme une douleur associée à la fonction menstruelle et en dépendant, douleur si intense que la malade ne peut s'acquiescer de ses occupations ordinaires. En général, la douleur est locale et pelvienne, mais, dans certains cas, son siège est céphalique, stomacal, etc. La cause de la douleur est la congestion utérine, congestion due soit à une lésion de l'utérus ou de ses annexes, soit à un spasme vasculaire. Les flexions, les tumeurs, la sténose du col sont souvent la cause de l'affection.

Le traitement de ces troubles par les drogues est

peu satisfaisant ; tout au plus, les médicaments peuvent-ils soulager momentanément les troubles douloureux sans en prévenir le retour. Le traitement véritablement efficace consiste dans la dilatation utérine et les pansements intra-utérins ; ces soins doivent être donnés aux vierges comme aux femmes mariées. Mais, chez les premières, le chloroforme sera nécessaire, en général, pour l'examen et l'opération ; les considérations sentimentales doivent passer en deuxième ligne. En effet, souvent cet état rend des femmes obligées de travailler incapables de gagner leur vie, et chez toutes il est souvent une cause de stérilité.

(The Scott. Med. and Surg. J. — Méd. orientale)

OBSTÉTRIQUE

Des injections cocaïniques lombaires chez les parturientes.

Les travaux que MM. Doléris et Malartic, d'une part, et Dupaigne, d'autre part, ont soumis à l'Académie, ont permis à M. Guéniot, rapporteur, d'établir les propositions suivantes :

L'injection sous l'arachnoïde lombaire de 1 centigramme de cocaïne en solution à 1 p. 100, produit une analgésie régionale qui s'étend à toute la portion du corps situé au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic.

Cette injection, pratiquée sur la femme en travail d'accouchement, supprime, à la fois, la douleur que déterminent les contractions de l'utérus et celle qui est due au passage de l'enfant ; de plus, loin d'entraver la marche du travail, elle semble, au contraire, l'accélérer ; d'une part, en donnant aux contractions plus de force et de régularité ; d'autre part, en provoquant, chez la parturiente (du fait de l'analgésie), des efforts plus énergiques et plus soutenus.

L'influence de la cocaïne se fait ainsi sentir pendant une durée qui varie d'une heure un quart à deux heures.

L'injection, pratiquée avec toutes les précautions d'une asepsie rigoureuse et suivant une technique strictement déterminée, ne semble constituer — du moins jusqu'à ce jour — aucun danger sérieux, soit pour la mère, soit pour l'enfant.

En effet, les seuls phénomènes toxiques qui aient été observés, à la suite de cette cocaïnisation de la moelle, sont : des crampes ou des tremblements légers dans les membres, une céphalalgie passagère, des vomissements sans gravité et une élévation légère de la température.

Toutefois, cette pratique présente des contre-indications qu'on peut diviser en générales et spéciales.

Les générales sont :

Existence, chez le sujet, d'une lésion du cœur ou des

gros vaisseaux ; les affections chroniques de l'appareil respiratoire ; les maladies des centres nerveux, particulièrement les tumeurs cérébrales ; l'impossibilité de réaliser pour l'injection une asepsie parfaite.

Les spéciales sont :

La rapidité du travail de l'accouchement ; la fréquence et l'énergie des contractions de l'utérus, ou l'état de tension exagérée de cet organe ; la nécessité d'une intervention manuelle dans la cavité de la matrice (version par manœuvres internes, délivrance artificielle, etc.).

Quant aux indications, on peut ainsi les résumer :

1° Les opérations obstétricales qui réclament l'emploi de l'anesthésie, abstraction faite de celles qui pourraient nécessiter l'introduction de la main dans la cavité utérine ;

2° La douleur excessive que détermine parfois le travail ;

3° La lenteur exagérée de ce dernier, par suite de la faiblesse et de l'irrégularité des contractions ;

4° Enfin, la tendance aux hémorragies, sous quelque forme que ce soit (inertie utérine, insertion vicieuse du placenta).

Faut-il rendre l'accouchement désormais complètement indolore ? C'est l'objectif de M. Doléris, et M. Guéniot ne saurait approuver cette pratique pour l'accouchement simple et naturel, car l'indication de son emploi n'existe pas.

(Gaz. des hôp.)

Traitement des tranchées utérines par le salophène.

par M. le Dr J. AUDEBERT (Toulouse).

Les tranchées utérines, c'est-à-dire les contractions douloureuses du muscle utérin pendant le *post partum*, sont ordinairement bénignes et de peu de durée. Elles ont une utilité physiologique et servent à chasser hors de l'utérus tout ce qu'il renferme : sang, débris de l'œuf, etc. A ce titre on doit les respecter quand elles sont peu intenses et se contenter d'un massage léger qui aide à l'expulsion des caillots.

Dans les cas où elles acquièrent une intensité et une persistance telle qu'elles amènent de l'insomnie, de l'agitation, parfois même du subdélire, un traitement devient indispensable.

Au nombre des médicaments les plus fréquemment employés, il faut compter l'opium sous toutes ses formes et en particulier l'injection hypodermique de morphine et les lavements laudanisés. La médication opiacée, dont l'action calmante est incontestable, est passible de deux reproches : elle supprime les contractions utérines et leur action embolique pourtant nécessaire à l'écoulement normal des lochies et de plus elle provoque, si elle est continuée pendant quelque temps, une constipation qui

n'est pas exempt de dangers chez une nouvelle accouchée.

Pour ces deux motifs il vaut mieux s'adresser à d'autres médicaments, et on peut prescrire du chloral en lavements, de la teinture de *Viburnum prunifolium* (de 50 à 60 gouttes dans les 24 heures), ou mieux encore de l'antipyrine. Le plus souvent l'absorption de 1 gramme ou de 1 gr. 50 d'antipyrine est suivie rapidement de la diminution et bientôt de la disparition des phénomènes douloureux. Cependant j'ai observé un certain nombre de cas dans lesquels l'antipyrine était restée absolument sans action. C'est dans ces cas qu'on pourra recourir à un hypnotique très puissant, le salophène, que j'emploie depuis plus d'un an et dont l'effet me paraît plus sûr, plus fidèle que celui de l'antipyrine.

Le salophène est un excellent calmant. Il a l'avantage de combattre seulement l'élément *douleur* et de respecter l'élément *contraction* ; il est facile de s'en assurer en palpant la région hypogastrique d'une femme soumise à l'action du salophène ; on voit l'utérus durcir, se rétracter, et cependant la patiente n'accuse aucune sensation douloureuse.

Le salophène doit être administré à la dose de 1 gramme dans un cachet. Je l'ai toujours vu très toléré. Dans la demi-heure qui suit, les tranchées sont déjà moins intenses ; si elles persistent, au bout de 2 heures on peut faire prendre un second cachet contenant encore un gramme de salophène. J'ai toujours constaté que le second cachet amenait la sédation demandée, même chez les femmes qui avaient été déjà traitées sans succès par l'antipyrine. Quelquefois la douleur calmée pendant une journée se reproduit le lendemain ; elle cède toujours à une nouvelle dose de salophène.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

THERAPEUTIQUE

Règles d'administration de la cocaïne.

I. La cocaïne est un excellent analgésique local, dont on ne saurait, sous aucun prétexte sérieux, proscrire l'emploi dans la pratique chirurgicale.

II. Son mode d'application réclame, toutefois, un certain nombre de précautions, qui sont de la plus haute importance et peuvent se résumer ainsi :

a. La dose de cocaïne injectée doit être proportionnelle à l'étendue de la surface à analgésier ; elle ne dépassera, dans aucun cas, 8 à 10 centigrammes, réservée aux grandes surfaces opératoires.

b. La cocaïne ne devra jamais être employée chez les cardiaques, dans les affections chroniques des voies respiratoires et chez les névropathes avérés. Cette exclusion est, d'ailleurs, commune à la plupart des anesthésiques connus.

c. La cocaïne devra être injectée dans l'intérieur et non sous le derme des muqueuses ou de la peau. C'est la méthode *intradermique* de M. Reclus, substituée à la méthode *hypodermique*. On évitera ainsi l'introduction de la substance dans les veines, circonstance reconnue dans un certain nombre d'accidents observés.

d. L'injection devra toujours être pratiquée chez un sujet couché, sauf à le relever s'il s'agit d'une opération sur la tête ou dans la bouche.

e. La cocaïne devra être d'une pureté absolue, certains mélanges avec d'autres alcaloïdes, signalés étant d'une nature particulièrement toxique.

f. La cocaïne employée dans une injection analgésique devra être *fractionnée* de manière qu'une première introduction partielle soit suivie d'un temps d'arrêt de quelques minutes. Cette suspension servira d'épreuve et permettra d'observer s'il se produit des effets toxiques, dont l'apparition est, comme on sait, immédiate. C'est la méthode des injections fractionnées.

III. Employée ainsi d'une façon graduée et méthodique, la cocaïne présente, sur les anesthésiques ordinaires (chloroforme, éther, etc.), des avantages sur lesquels il est inutile d'insister : absence d'effets généraux, de périodes d'excitation, de perte de connaissance, possibilité des opérations sans le secours d'aucun aide, l'intervention opératoire étant *consécutive* et non *simultanée* à l'introduction de l'agent anesthésique.

IV. La durée de l'effet anesthésique de la cocaïne est toujours suffisante pour permettre d'entreprendre toutes les opérations de la chirurgie ordinaire.

(J. de méd. de Paris.)

Chlorhydrate d'héroïne.

A l'occasion d'une séance de la Société médicale de Nürnberg (*Munch. médiz. Wochenchr.* 20/1900), le Dr Hintner rendit compte des résultats encourageants qu'il obtint avec l'Héroïne dans la coqueluche. L'intensité et le nombre des accès furent surtout favorablement influencés et la durée de la maladie sembla souvent être raccourcie.

Il donnait l'Héroïne en solution dans l'eau de laurier-cerise :

Chlorhydrate d'Héroïne.... 0 gr. 03 0,05.

Fau de laurier-cerise..... 10 grammes.

Dose : 2-3 fois par jour, 10 à 15 gouttes.

On ne constata jamais d'effet secondaire fâcheux, même chez les enfants de 10 à 12 mois. Un sommeil profond survenait souvent dans les 24 heures qui suivait l'administration.

D'après le Dr Monko, Amsterdam (*Wiener Klin. Rundschau*, 12/1900), l'Héroïne en doses de 5 milligr., trois fois par jour, lui rendit de signalés services dans l'influenza, contre l'irritation de la toux et la dyspnée.

Le plus souvent une seule dose du remède a suffi pour calmer la toux rauque et douloureuse, suite de trachéo-bronchite. Il a administré les doses ci-dessus d'Héroïne à plus de 100 malades et n'a jamais constaté d'effet secondaire.

Gerhardt, Berlin (*Die Behandlung der Tuberculoss, Therap. d. Gegenw.*, 5/1900), est d'avis que la dose ordinaire de 5 milligr. n'est en aucune façon trop élevée pour qu'on puisse craindre de l'administrer. Dans un cas où le remède agissait très bien, il a vu une dame en prendre trois fois autant dans une nuit ce qui lui réussit à merveille. Malgré l'opinion des pharmacologues sur les dangers de l'Héroïne, les médecins de l'établissement s'expriment très favorablement sur ses effets.

A l'appui de ce qui précède, le Dr Kropil, Pressburg (*Allg. Med. Centr. Ztg.*, 40/1900), a récemment observé un cas très instructif. Un petit garçon de 4 ans 1/2 prit dans un court intervalle 2 tablettes à 0,005 de chlorhydrate d'Héroïne qu'il avait dérobées secrètement. Malgré cette haute dose de 0 gr. 01 les symptômes se bornèrent à la pâleur du visage, à des nausées, à de légers vomissements, ce qui prouve bien que l'Héroïne, même prise à hautes doses, ne provoque en réalité aucune suite bien grave.

(Gaz. méd. belge)

Salophène.

Le Dr Pfsiffenberger (*Aearztl. Centr. Ztg.*, 8/1000) recommande l'emploi du Salophène surtout dans la pratique infantile, à la place du salicylate, lequel, comme il a eu souvent occasion de s'en convaincre à l'hôpital d'enfants de Leopoldstadt, à Vienne, est très mal supporté par l'organisme des enfants, même après un emploi de courte durée. Il administre le salophène avec les meilleurs résultats, principalement dans le rhumatisme articulaire aigu, l'érythème noueux, le purpura rhumatismal chez les adultes, surtout dans l'influenza, la migraine et les névralgies de nature diverse. L'action calmante et antialgique fut extraordinairement rapide et il arrêta promptement les vomissements, l'appétit resta régulier. La médication par le salophène est facilitée par le manque absolu de goût et d'odeur du produit et l'absence complète de tout effet secondaire concomitant ou consécutif. Dans l'influenza, le salophène se montra aussi énergique que la quinine, l'antipyrine, etc., mais il était dépourvu des effets secondaires de ces derniers produits et il amena rapidement la disparition des douleurs ainsi que des autres symptômes nerveux.

(Gaz. méd. belge.)

Dermatologie

Importance du gonocoque a propos du traitement de la blennorrhagie chronique.

Wossidlo, s'appuyant sur de nombreux exemples, montre que le point de vue purement bactériologique ne saurait souvent permettre de conclusion thérapeutique, car le gonocoque peut ne disparaître qu'en apparence, et cette considération peut faire hésiter sur l'opportunité d'un traitement instrumental. On sait en effet que la règle consiste à n'entreprendre ce dernier que lorsque les gonocoques ont disparu.

L'action en profondeur des médicaments est-elle d'un autre côté admissible quand on se trouve en présence d'une infiltration dure avec modification du tissu conjonctif périglandulaire ? Peut-on espérer que le topique ira, dans ce cas, détruire les gonocoques jusque dans la profondeur ? La dilatation seule permet, en modifiant la région malade, d'aller chercher les foyers gonococciques : il ne saurait donc être question ici d'attendre la disparition complète des gonocoques dans la sécrétion pour intervenir chirurgicalement.

L'endoscopie a permis de reconnaître que tout urètre présentant des infiltrations, des abcès glandulaires, ou un grand nombre d'orifices glandulaires visibles est atteint de gonorrhée. Même si la recherche du gonocoque est dans ces cas négative, il ne faut pas hésiter à maintenir le diagnostic.

Est-il dangereux de dilater un urètre contenant encore des gonocoques ? L'auteur ne le pense pas, et croit même qu'au contraire la dilatation constitue un bon moyen pour faire disparaître dans bien des cas les gonocoques et les filaments.

Sur 30 cas, 5 représentaient des infiltrations dures qui exigèrent 9 à 20 semaines de traitement jusqu'à guérison. Dans 25 cas, on trouva des infiltrations molles avec glandes nombreuses (6 à 16 semaines pour obtenir la guérison, avec un seul insuccès).

Prostatite. — Deux cas peuvent se présenter : la prostatite se manifeste au cours du traitement, ou elle existait déjà avant le début du traitement. Le premier cas est rare et ne se présente pas plus fréquemment quand on dilate dans le cas contraire. Dans le second cas, il faut avant tout guérir la prostatite si elle est aiguë : si elle est chronique, il y a lieu d'instituer un traitement instrumental, même si on trouve des gonocoques dans les sécrétions.

En résumé, l'auteur admet que la présence de gonocoques dans la sécrétion ou les filaments ne constitue par une contre-indication au traitement par la dilatation et que, bien au contraire, ce traitement les fait disparaître rapidement.

(D. Med. Woch. — Rev. théor.)

La blennorrhagie et le mariage.

par M. VON ZEISSL (de Vienne, Autriche).

La question de savoir quand on pourrait permettre à un homme, qui était affecté d'une blennorrhagie, le mariage sans inconvénient pour sa future épouse, se pose assez souvent dans la vie quotidienne. Le devoir du médecin est d'examiner chaque cas avec la plus grande attention. Quand l'examen clinique et bactériologique aura donné des résultats absolument négatifs, on devra alors seulement se prononcer avec certitude que la guérison est complète. Mais si, ce qui arrive souvent, il subsiste toujours un catarrhe de l'urètre qui se manifeste par des gouttes matinales ou par des nuages de mucus dans l'urine, alors on est obligé de procéder à un examen clinique et bactériologique. Si le simple examen microscopique de la goutte militaire révèle la présence de gonocoques types, on se contentera de cette constatation pour opposer le veto et s'occuper de la cure. Dans le cas où on ne trouve pas de gonocoques il faut faire desensemencements avant de se prononcer. Le résultat positif de la culture, même quand les gonocoques groupés seraient plus rares, permet de prononcer un avis. D'autre part, le résultat négatif de la culture ne suffit pour dissiper les doutes. Le médecin aura alors le devoir de s'assurer si la sécrétion urétrale qui subsiste est infectieuse ou non. Des filets d'urètre vitreux ou opalescents indiquent que vraisemblablement la sécrétion n'est plus infectieuse ; si le microscope ne révèle que quelques cellules rondes ou épithéliales, la probabilité d'un caractère bénin est encore plus grande. Si on ne trouve que des diplocoques isolés et que la culture ne pousse pas, ce n'est pas encore une preuve de la bénignité de la sécrétion. On devrait alors recourir à l'examen endoscopique pour tirer au clair la question. Dans le cas où l'endoscopie ne nous éclaire pas suffisamment, on applique à l'homme une injection irritante d'une solution de *nitrate d'argent* de 0,04 sur 200 d'eau et on lui fera boire beaucoup de bière. Si, par suite de ce procédé, il se produit une sécrétion plus abondante qui disparaît spontanément et dans laquelle on ne peut déceler aucun gonocoque, on peut déclarer qu'il n'y a plus aucun danger d'infection.

(Wie. Med. Presse — Ind. méd.)

BIBLIOGRAPHIE*Livres et extraits reçus.*

- Geo. Aubry. Etude de la torsion pédiculaire des kystes ovariens. (Th. de Paris.) Jouve, Paris.
 Pujade P. — La cure pratique de la tuberculose. Carré et Naud, Paris.
 P. Petit. — Anatomie gynécologique. Carré et Naud, Paris.

E. Escat. — Maladies du pharynx. Carré et Naud, Paris.

Mary D. Dixon Jones. N. Y. — Carcinoma of the Floor of the Pelvis. Extrait *Medical Record*.Mary Dixon Jones, N. Y. — Diagnosis and some of the Clinical Aspects of Gyroma and Endothelioma of the Ovary. Extrait du *Buffalo Medical and Surgical Journal*.Mary D. Jones, N. Y. — The Origin of Ovarian Cysts. Extrait du *American J. of Obstetrics and Dis. of Women and Children*.Mary D. Jones, N. Y. — Insanity, its Causes. Extrait du *Medical Record*.

W. B. Little, (Lynn, Mass). — Report of Seven Surgical Cases.

FORMULAIRE**Traitement de la morphinomanie.**

Interner le malade ; diminuer graduellement la dose de morphine ; le médecin fera lui-même les injections en ayant soin de ne pas donner la morphine pure, la combiner avec le sulfate d'atropine.

Chlorhydrate de morphine... 0 gr. 25
 Sulfate neutre d'atropine..... 0 — 01
 Eau distillée..... 10 grammes.

F. s. a. 1/2 seringue de Pravaz, 2 fois par jour.

Interner le malade dans une maison de santé spéciale.

(Jennings).

Prescrire les toniques du cœur :

Sulfate de spartéine..... 0 gr. 30.
 Sirop de tolu..... 30 grammes.
 Eau distillée de tilleul..... 70 —

F. s. a. 2 à 3 cuillerées à bouche par jour (1 cuillerée contient 0 gr. 05 de spartéine).

Si nervosisme, insomnie :

Bromure de sodium..... 1 gr. 50 par jour.

(Chéron).

Remplacer les injections de morphine par :

Bromhydrate de quinine..... 1 gramme.
 Alcool à 90°..... 2 gr. 50.
 Eau distillée..... 7 — 50.

F. s. a. — Massage, électricité, hydrothérapie. Surveillance, alimentation tonique, champagne frappé, vin de coca, quinquina.

(Nouveaux remèdes.)

Travaux Originaux

QUELQUES CAS DE RETROVERSION DE LA MATRICE CHEZ DES FEMMES ENCEINTES GUÉRIS PAR LA VENTROFIXATION.

par A. LAPHORN SMITH,

B. A., M. D. Laval, M. R. C. S. England,

Chirurgien en chef de l'hôpital Samaritan, Montréal.

Cette opération, consiste à faire une très petite ouverture dans la paroi abdominale, par laquelle on introduit deux doigts pour détacher les adhérences et libérer la matrice du creux du pelvis. Puis on la saisit avec une pince de Museux et la tire en haut et en avant, jusqu'à ce qu'elle se présente dans l'ouverture. Alors on gratte avec une aiguille, comme dans la vaccination, une étendue d'un pouce carré afin de favoriser des adhérences, et on attache cette partie de la matrice à la paroi abdominale avec du catgut chromatisé stérilisé, laissé à demeure. Ayant fait cette opération plus de cent quarante fois et ayant fait des recherches sur l'histoire subséquente de ces cas, je suis en position de dire que le résultat ne laisse rien à désirer. Des femmes qui avaient gardé le lit même pendant vingt ans ont été capables, quelques mois plus tard, de faire tout l'ouvrage de leur maison. D'autres, des femmes de journée, avec la matrice sortant du corps, ont repris leur ouvrage forçant, trente jours après leur opération. Quant aux femmes qui sont devenues enceintes après cette opération, ce qui est arrivé rarement, pour les raisons que j'indiquerai plus tard, leurs grossesses et leurs accouchements ont été parfaitement normaux et sans accidents d'aucune sorte.

La raison pourquoi les grossesses ont été rares après cette opération, c'est que j'ai employé cette méthode seulement dans les cas où la matrice était fixée dans sa mauvaise position à la suite de pelvi péritonite, causée par une inflammation infectieuse des trompes. Cette condition seule est suffisante pour empêcher les femmes de venir enceinte; elles étaient stériles avant l'opération et elles sont restées stériles après. Règle générale quand il n'y avait pas de fixation et que la matrice pouvait être replacée plus ou moins facilement, je n'ai pas ouvert l'abdomen, mais j'ai employé l'opération d'Alexander pour raccourcir les ligaments ronds, opération que j'ai faite presque cent fois. Cette opération a été suivie de

grossesse bien plus souvent, parceque les trompes et les ovaires étaient sains, et l'accouchement dans ces cas était aussi parfaitement sans complication.

Mais les cas les plus intéressants peut-être de tous, étaient des cas de grossesses chez des femmes qui avaient la matrice déplacée en arrière, avant de venir enceinte, ou bien qui ont eu le déplacement après être devenues enceintes, par suite de la pesanteur augmentée de la matrice.

Une femme qui devient enceinte avec la matrice fixée dans cet état est certaine de souffrir énormément des douleurs par compression de tous les organes pelviens, mais aussi est elle certaine d'avorter entre trois et quatre mois, si on n'intervient pas chirurgicalement. Ça ne sert à rien de mettre la femme dans la position genu-pectorale et d'appliquer le taxis pendant plus ou moins longtemps, comme on fait dans les cas ordinaires où il n'y a pas d'adhérences et dans lesquels on réussit presque toujours à remettre l'organe. Si on veut sauver la vie de l'enfant comme l'Eglise catholique commande de le faire, il faudra absolument dans ces cas ouvrir le ventre, détacher les adhérences, remettre la matrice et l'attacher en avant. Quant à cette grossesse là, il ne sera pas nécessaire de fixer la matrice à la paroi abdominale, parceque une fois libérée de sa fausse position il lui sera impossible d'y retomber. Mais aussitôt que l'accouchement est fait elle est certaine de revenir et pour prévenir cet accident, il vaut mieux lorsque le ventre est ouvert, fixer la matrice de manière à guérir le déplacement pour toujours.

Je me rappelle de deux cas surtout où cette condition existait. Dans le premier c'était un médecin de grande expérience qui m'a envoyé une femme avec une tumeur kystique, comme il le pensait, en arrière de la matrice. J'ai senti même la matrice entre la tumeur et la paroi abdominale. La tumeur était un peu fluctuante, mais immobile parcequ'elle était emprisonnée dans le pelvis. La femme avait eu ses règles, mais avec beaucoup de douleur et pas à des intervalles réglées. J'ai ouvert le ventre et avec beaucoup de difficulté j'ai fait sortir la tumeur kystique de sa prison et alors j'ai vu tout de suite que c'était l'utérus, grand, fléchi sur lui même et ce qu'on avait pris pour l'utérus c'était un col très long. Les règles, qu'on pensait qu'elle avait, c'était des hémorrhagies d'un avortement commençant.

Alors j'ai attaché le fond à la paroi abdominale pour obtenir une guérison permanente. Elle a faite une bonne

convalescence : elle a eu une gestation normale et un accouchement sans accident et après quatre ans elle est en bonne santé.

Un autre cas, était une jeune dame qui est venue me voir présentant tous les symptômes d'une grossesse extra-utérine ; arrêt des règles, douleur aiguë, syncope, une masse dure dans le cul-de-sac de Douglas ; la matrice en avant et vide. Comme elle allait de pire en pire j'ai opéré et j'ai trouvé l'utérus en flexion marquée et j'ai eu beaucoup de difficulté à le sortir du cul-de-sac. J'ai fait une ventrofixation.

Tous ces symptômes sont disparus immédiatement et elle a eu un accouchement fortement heureux.

Si jamais je suis appelé à replacer une matrice en rétroversion et adhérente au cul-de-sac de Douglas, je n'aurais pas d'hésitation à proposer cette opération qui non seulement soulage pour le moment, mais guérit pour toujours.

245, rue Bishop, Montréal.

Revue des journaux

MEDECINE

Epreuve du bleu de méthylène et perméabilité rénale

par M. CASTAIGNE (Th. de Paris).

Depuis les premiers travaux de Achard et Castaigne sur le bleu de méthylène et son emploi comme moyen de diagnostic de la perméabilité rénale, de nombreuses recherches ont été consacrées à cette méthode, et la plupart ont confirmé sa valeur. Mais la multiplicité même de ces recherches rendaient nécessaire une étude d'ensemble de la question, qui fixe de manière définitive, et la technique à suivre, et les résultats qu'on en doit attendre, qui précise en outre le mécanisme de l'élimination du bleu. C'est cette étude qu'a entreprise M. Castaigne en se basant sur près de 500 observations et sur de très nombreuses expériences. Il arrive à cette conclusion que le bleu de méthylène injecté sous la peau d'un sujet même normal, est toujours — du moins pour les doses habituelles — réduit par le sang et transformé en un leuco-dérivé. C'est le rein qui se charge ensuite de transformer en substance colorante ce dérivé incolore du bleu. L'élimination de la matière colorante par l'urine est uniquement facteur de l'état anatomique ou fonctionnel du rein, et jamais de l'activité réductrice des humeurs. Si

la substance colorante n'est pas éliminée en nature, mais sous forme de chromogène, si elle ne colore pas l'urine dans les délais normaux, ou avec son rythme habituel, c'est le rein qu'il faut incriminer.

L'expérimentation, la clinique et l'anatomie pathologique ont appris que l'élimination retardée, lente et prolongée, indique un trouble fonctionnel ou une altération des glomérules et des vaisseaux. Le passage rapide et massif du bleu dans les urines, quand il existe en même temps des symptômes de néphrite, coïncide le plus souvent avec des altérations profondes des épithéliums nobles du rein. L'élimination du bleu sous forme presque exclusive de chromogène, mais dans les délais normaux, se rencontre en général dans les troubles fonctionnels passagers du rein ; l'épreuve du bleu peut donc, si elle est bien interprétée, renseigner non seulement sur la perméabilité rénale proprement dite, mais encore sur la fonction des épithéliums rénaux et le pouvoir oxydant du rein.

Au point de vue pathogénique, l'épreuve du bleu de méthylène, dont les applications cliniques sont multiples, met donc en relief deux constatations bien inattendues : à savoir que toutes les lésions du rein ne s'accompagnent pas de troubles de la perméabilité rénale, et qu'en revanche, les fonctions d'excrétion du rein peuvent être entravées en dehors de toute lésion rénale ; il s'agit là de troubles fonctionnels et passagers dont M. Castaigne a bien démontré l'existence. C'est encore l'épreuve du bleu de méthylène qui a contribué à mettre en relief ce point essentiel de la pathogénie des urémies tant aiguës que chroniques, à savoir que l'imperméabilité rénale n'était qu'un des nombreux facteurs qui concourent à la production de l'urémie. C'est lui qui donne au syndrome sa signature pathogénique, mais quelquefois il peut cliniquement passer au second plan.

Au point de vue clinique, l'épreuve est un excellent moyen de diagnostic des néphrites interstitielles latentes ou masquées par une cardiopathie. Elle permet aussi d'interpréter la valeur pronostique des différents types d'albuminurie, de surveiller l'évolution des lésions de la néphrite aiguë et des congestions rénales survenues au cours des maladies infectieuses. Si les troubles de la perméabilité rénale persistent longtemps après le début de la convalescence, on doit même, en l'absence d'albuminurie, redouter le passage des lésions à l'état chronique.

M. Castaigne conclut en montrant que le régime alimentaire doit de même être modifié d'après l'état de la perméabilité du rein ; si elle est normale ou exagérée, il est inutile, malgré une albuminurie abondante, de maintenir les malades au régime lacté exclusif. Si l'élimination du bleu est prolongée sans qu'il y ait de retard dans l'apparition du bleu, on pourra encore permettre un régime lacté mitigé ; que si, au contraire, le retard et la prolongation sont associés, on doit redouter l'apparition

de l'urémie à la moindre cause d'intoxication surajoutée et surveiller par conséquent de très près le régime.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

Le serum artificiel dans la fièvre typhoïde sous forme d'entérolyse.

M. J. Prat-Carrabin, dans son intéressante thèse de Toulouse (1900, n° 380), insiste sur l'efficacité du sérum artificiel dans la fièvre typhoïde. De tous les modes d'emploi du sérum artificiel dans la fièvre typhoïde, l'entérolyse lui apparaît comme le plus simple et le plus pratique. Dans ses conclusions que rapporte *Languedoc médico-chirurgical* M. Prat-Carrabin montre que les entérolyses d'eau salée, dans la fièvre typhoïde abaissent sensiblement la température, ont un effet favorable sur le système nerveux, surtout dans le cas d'adynamie profonde, en relevant les forces du malade et activent puissamment la diurèse. Elles diminuent le ballonnement du ventre, calment les douleurs abdominales, font l'antisepsie de l'intestin et suppriment la sécheresse de la langue. Les entérolyses, combinées avec la balnéation, paraissent donner des résultats meilleurs que ceux obtenus par cette dernière méthode employée isolément, la durée de la maladie est plus courte, les rechutes moins fréquentes, la mortalité plus faible. Les entérolyses peuvent rendre de grands services dans la clientèle et surtout à la campagne, où il n'est pas rare de voir la balnéation refusée par le malade et l'entourage. L'auteur recommande une entérolyse d'un demi-litre à un litre, matin et soir, avec une solution de 5 grammes de chlorure de sodium par litre. Ce procédé thérapeutique n'exclut pas les autres moyens de traitement mis habituellement en usage.

(*Gaz. des hôp.*)

Perméabilité du rein sain ou malade à la caséine.

MM. Bh. Achard et L. Gaillard. — L'expérimentation a depuis longtemps montré que le rein, même sain et imperméable aux albumines normales du sérum, laisse passer les albumines étrangères. D'autre part, on voit souvent, en clinique, le rein malade se laisser plus difficilement traverser par les éléments cristalloïdes, normaux ou accidentels, et pourtant devenir perméables aux albumines normales du sérum. Que devient alors la perméabilité de cet organe à l'égard des albumines étrangères.

Pour étudier ce point, nous avons produit expérimentalement chez le lapin diverses lésions rénales : néphrites toxiques au moyen d'injections sous-cutanées de sublimé et de bichromate de potasse, sclérose rénale au moyen de cautérisation du rein par des pointes de

feu. Puis nous avons injecté dans le péritoine de ces animaux de la caséine (obtenue en dégraissant du lait par l'éther et en le concentrant). En comparant l'élimination urinaire de cette caséine chez les animaux porteurs de lésions rénales et chez d'autres animaux témoins, nous avons toujours constaté que la caséine s'éliminait mieux dans le cas de lésion rénale et d'albuminurie. En provoquant une lésion unilatérale par la cautérisation d'un seul rein, chez un chien, nous avons pu comparer chez le même animal l'élimination de l'organe sain et de l'organe malade. Or le rein malade, qui éliminait moins bien le bleu de méthylène, éliminait mieux la caséine.

En somme, le sang se débarrasse de la caséine comme de toute autre substance étrangère. Seulement le passage de la caséine à travers le rein nécessite des conditions physiques spéciales, différentes de celles qui suffisent à assurer le passage des substances cristalloïdes. Si ces conditions physiques de perméabilité aux colloïdes sont déjà réalisées par l'état morbide, comme il arrive dans le cas d'albuminurie, le passage de la caséine se produit alors d'autant plus facilement.

Si l'albuminurie préalable facilite l'élimination de la caséine par le rein malade, inversement la caséine, en traversant un rein sain, le rend en même temps perméable aux albumines normales du sérum et l'on observe l'albuminurie proprement dite en même temps que la caséinurie.

Toutefois, si la dose de caséine injectée est extrêmement faible, elle ne passe pas à travers le rein et ne provoque pas non plus d'albuminurie.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

Étiologie et traitement de la polyarthritide idiopathique.

Von Fiessen propose cette nouvelle dénomination pour désigner d'une manière univoque le rhumatisme articulaire aigu, dû, d'après lui, à un coccobacille extrêmement petit, bien différent du long bacille d'Achalmé, à peine visible à un grossissement de 800 à 1000, croissant seulement sur la gélatine et le bouillon. Considérant une ponction articulaire comme non indifférente, l'auteur a recherché le microbe seulement dans le sang. Le traitement a consisté en friction avec l'onguent de Crédé (argent colloïdal 15, eau distillée 5, cire blanche 10, axonge benzoïnée 70) ; vingt frictions ont rendu le sang stérile en même temps que les phénomènes articulaires disparaissaient et que l'état général s'améliorait.

(*Wien. Med. Wochensch. — Lyon méd.*)

CHIRURGIE

La coxalgie a la deuxième période.

par M. le Prof. TILLAUX.

La deuxième période de la coxalgie, qui est la période des déviations, comprend en premier lieu l'abduction avec légère rotation en dehors et quelquefois une légère flexion, l'allongement du membre dévié n'est qu'apparent. Plus tard, survient l'abduction avec raccourcissement du membre ; cette fois c'est un raccourcissement réel, dû à l'aggrandissement de la cavité cotyloïde sous la pression de la tête du fémur : Le sourcil cotyloïdien s'écule, il n'y a pas de luxation proprement dite, mais un certain déplacement des surfaces articulaires qui se produit peu à peu en arrière.

Eh bien, autrefois on se faisait, sur ces faits, une conception simple mais fautive et basée sur les signes extérieurs : La coxalgie, disait-on, est une maladie qui n'a d'autre but que la luxation spontanée, elle ne s'arrête que lorsque la luxation spontanée est produite. Au début il y a des épanchements articulaires qui poussent la tête du fémur, et le membre s'allonge, puis, sous l'influence de cette poussée, la tête du fémur, écartée de l'os iliaque se déplace, la luxation se produit et le membre se raccourcit. C'est faux, mais cela rendait suffisamment compte des phénomènes, c'était très clair dans l'esprit de nos pères, beaucoup plus que dans le nôtre actuellement.

J'arrive à un fait très important pour nous, car le jeune malade qui a fait l'objet de cette leçon, présente ce fait : c'est une déviation dans le sens de la flexion. Cette déviation qui se produit peu à peu, apparaît presque toujours dans la deuxième période de la coxalgie. Le malade fléchit sa cuisse sur son bassin parce que, sous l'influence de la tension intra-articulaire, il met son membre dans le sens où il souffre le moins.

C'est là le signe le plus important au point de vue du traitement. Celui-ci se résume en effet en deux choses : Immobiliser le membre et le maintenir dans une bonne position, c'est-à-dire en extension complète, car l'abduction ne signifie pas grand'chose. Mais la flexion, si on ne la corrige pas, si on ne remplit pas la grande indication qui consiste dans la bonne position du membre on arrive à des désastres, et c'est presque un désastre que l'état de notre malade, il aurait fallu le prévenir, maintenir plus tôt le membre dans une bonne position surtout à l'aide de l'extension continue.

Voilà donc le malade en flexion : vous vous demanderez comment il se fait que l'on ne s'en aperçoive pas, comment se fait-il qu'un praticien, cependant attentif, soit tout surpris lorsqu'un confrère appelé devant un enfant qu'il soigne depuis longtemps, reconnaît la flexion presque à angle droit de la cuisse sur le bassin, et cepen-

dant en découvrant le petit malade on ne le voit pas. Supposez que l'enfant ait été tenu dans un berceau avec un matelas ou deux qui creusent, dans un lit moelleux qui creuse, dans lequel la colonne vertébrale s'enfonce, alors les deux jambes paraissent parallèles, c'est que la flexion est masquée par une déviation de la colonne vertébrale qu'il faut bien connaître et qu'on appelle cambrure ou ensellure lombaire ; notre malade présente ce signe : Il consiste, vous le comprenez, en ce que les cuisses étant étendues sur un plan horizontal, la colonne vertébrale et surtout la colonne lombaire se soulève et forme une voûte sous laquelle on peut passer le poing, tandis qu'à l'état normal, les cuisses étant étendues, la colonne vertébrale repose totalement sur le plan horizontal. Comment se forme cette ensellure ? La colonne vertébrale est composée de vertèbres, d'anneaux mobiles les uns sur les autres, toutes ces petites mobilités réunies forment une tige très mobile. Or, l'articulation coxo-fémorale étant, elle, immobile, comment étendra-t-on la cuisse jusqu'à devenir horizontale, si la colonne vertébrale ne se cambre, ne se soulève ? Mais c'est sur un plan rigide, bien entendu, que le phénomène sera le plus apparent. En sorte que pour se rendre compte si un sujet a une flexion pathologique quelconque sur le bassin, à la rigueur on s'en aperçoit à la vue directe de la cuisse mais c'est surtout l'examen de la colonne lombaire qui la décèle : Si cette colonne n'est pas dans le plan du lit, si elle forme une arche, il y a flexion, et par conséquent il faut ramener le membre en extension, en parallélisme avec le membre sain, et par suite l'étendre tant que la cambrure persiste, tant que la colonne vertébrale ne sera pas entièrement amenée en contact avec le plan horizontal.

Les déviations sont les faits les plus importants au point de vue du traitement. Notre malade en est même arrivé à la troisième période qui est la période des suppurations : Il y a des abcès, des fistules ; mais chez notre jeune homme elles ne conduisent pas sur l'os. Mais ce qu'il y a, je le répète, c'est la flexion de la cuisse sur le bassin et c'est à cela qu'il faut remédier ; il n'a pas d'ankylose complète de la hanche, par conséquent on pourra faire l'extension de la cuisse avec la main, l'ostéoclasie manuelle. Si l'ankylose était complète, il ne faudrait pas tenter ce traitement, car on pourrait déterminer des déchirures articulaires, des déplacements trop grands, on ne sait pas jusqu'où cela pourrait aller. Ce qu'il faudrait faire alors, c'est l'ostéotomie.

Nous allons donc endormir le malade, puis quand il sera endormi, un aide fixera fortement le bassin, ensuite le chirurgien appuiera lui-même la main sur le bassin, il prendra le genou de l'autre main, et, par des pressées successives, de plus en plus fortes, il étendra la cuisse, il déchirera les adhérences qui fixent en partie l'articulation en flexion, et cela jusqu'à amener le parallélisme complet de la cuisse malade avec la cuisse saine, la cambrure lombaire n'existant plus. On appliquera un appa-

reil silicaté qui prendra le bassin et le genou, en laissant le pied libre, car je veux maintenir le bassin en immobilité complète, maintenir la position conquise. Les jours suivants, il sera peut-être nécessaire de faire de l'extension continue si le malade souffre ; c'est pourquoi, je veux laisser le pied libre, de façon à pouvoir appliquer une guêtre, s'il y a lieu, pour l'extension continue. Celle-ci maintiendra également le résultat acquis. Quant aux foyers suppurés, on sera sans doute obligé d'en faire le nettoyage, le curage ; mais j'estime que c'est secondaire à côté de l'indication capitale qui est la rectitude du membre.

Mais vous voyez que si on avait surveillé le malade, si on l'avait examiné comme il convenait, on lui aurait facilement évité les suites fâcheuses auxquelles nous sommes obligés de remédier.

(*Indep. méd.*)

—••••—

Traitement des abcès des articulations par le drainage avec le tube de verre et l'acide carbolique pur.

par A. M. PHELPS (de New-York).

Il y a un an déjà que l'auteur a eu l'occasion de faire connaître à New-York une nouvelle méthode de traitement des abcès articulaires, méthode qui consiste en une intervention chirurgicale avec application d'acide carbolique.

L'auteur ne saurait assez recommander l'opération dans les cas d'abcès tuberculeux ou suppurants. Encore, faut-il s'y prendre de bonne heure avant que la lésion n'ait pris une trop grande extension.

Pour le moment il traite particulièrement des abcès provoqués par les maladies de l'articulation coxo-fémorale qu'il a surtout observées et étudiées. L'affection de l'articulation coxo-fémorale, qu'elle soit tuberculeuse ou suppurante, est toujours précédée par une lésion de l'os ou des parties charnues. Il faut, en outre un terrain pour la réception et le développement du bacille. De nouvelles substances inflammatoires fournissent ce terrain. En cas de lésion, la nature fait un effort pour réparer le mal et alors les symptômes d'une affection coxo-fémorale se produiront, mais disparaîtront au bout d'un ou deux mois à moins qu'il n'y ait des lésions ultérieures. Dans ces cas d'affections éphémères de l'articulation il y a une action inflammatoire normale pour la guérison de la lésion. S'il y a invasion par les bactéries, les cellules de la nouvelle substance inflammatoire qui s'est formée, sont détruites les unes après les autres et toute la région de la réparation inflammatoire est transformée en pus ou en une cavité tuberculeuse. Cette caverne purulente remplie de bactéries, est un réservoir d'où se répand l'infection dans les tissus environnants. Si la cavité se trouve à la tête ou au collet de l'os, elle s'agrandit

jusqu'à ce qu'il y ait perforation, et l'articulation, elle-même s'infecte secondairement. Si l'infection siège dans la région épiphysaire de l'acétabule, l'articulation s'infecte secondairement en même temps que se produit l'affection primaire de l'acétabule. En présence de ces faits bien démontrés il est absolument impossible de recommander une attitude expectative.)

Voici le procédé que l'auteur emploie. Il découvre la cavité de l'abcès et il examine l'articulation. Si la lésion osseuse est étendue, il élargit l'incision et il détache la capsule de l'articulation dans la moitié ou les deux tiers de la circonférence. La tête de l'os est sortie de la cavité articulaire ; on applique énergiquement la curette, et l'on irrigue l'articulation avec une solution de sublimé à 1 : 1,000. On remplit ensuite d'acide carbolique pur toute l'articulation ; on l'y laisse une minute et ensuite on rince l'articulation avec de l'alcool. L'auteur se sert ensuite d'un tube de verre pour le drainage, ce qui permet au chirurgien de voir toujours ce qui se passe dans l'intérieur de la plaie.

Les soixante-dix opérations qu'il a faites avec cette méthode ont toutes bien réussi. La guérison a eu lieu dans l'espace de quelques semaines.

(*Mun. Med. Woche. — Ind. méd.*)

—

THERAPEUTIQUE

—

Les injections de serum artificiel dans le traitement general de la fièvre typhoïde.

M. le professeur Bosc (de Montpellier) vient de consacrer un très intéressant travail à l'étude des grands moyens thérapeutiques employés actuellement : les bains, l'administration de caféine et les injections de sérum artificiel (solution de chlorure de sodium de 7 à 10 p. 1000).

Il s'étend plus longuement sur ces dernières.

Les injections sous-cutanées d'eau salée réunissent les effets des bains et de la caféine, et, en outre, elles modifient de telle sorte l'état général qu'elles peuvent déterminer de véritables réactions ayant la plus grande analogie avec des phénomènes critiques.

M. Bosc, qui emploie ces injections depuis 1896, décrit ainsi les effets qu'elles produisent. Ces effets se produisent dans les trois à cinq heures qui suivent l'injection ; on peut les diviser en deux phases :

a. Les phénomènes réactionnels, ordinairement peu intenses, et qu'il faut rechercher (élévation de température parfois précédée d'un léger frisson, nausées, sueurs, mictions, etc.) ;

b. Les phénomènes post-réactionnels qui, par leur degré et leur durée, marquent l'amélioration obtenue. La pression sanguine est élevée, par chaque injection, de 11 à 15 centimètres par exemple, et cette élévation

peut se maintenir à 13 ou 14 pendant un temps variable. Le pouls, d'abord accéléré, diminue de fréquence, augmente de force : son dicrotisme diminue.

Chaque injection augmente nettement l'énergie du cœur et abaisse la température, de la troisième vers la huitième heure, de 1 à 1,5 et même 2 degrés. Les effets de la première injection peuvent être très faibles : ils s'accusent au bout de quelques injections, et à la cinquième ou à la sixième heure, la température tombe de 40 à 39,38 degrés. Parfois l'action antithermique est rapide : la température tombe brusquement de 40 à 38 et même à 37 degrés, cette chute s'accompagnant d'une débâcle urinaire.

Les urines des vingt-quatre heures deviennent plus abondantes, et l'on peut même parfois observer des débâcles précoces : la peau devient moite, des sueurs abondantes apparaissent, l'état général se remonte. En somme, les injections salées provoquent dans l'organisme des réactions durables qui agissent sur les principales fonctions, elles sont de plus hémostatiques. Elles peuvent être employées chez tous les malades, à toutes les périodes de la fièvre ; elles n'ont pas de contre-indications.

Les indications des trois médications précédentes sont ainsi exposées par M. Bosc :

1° *Dans les formes légères*, les lavages intestinaux froids, les compresses froides sur l'abdomen suffisent. Si, malgré ce traitement, la température s'élève et tend à demeurer à 39 degrés : bains à 30-28 degrés.

2° *Dans les formes moyennes* : bains à 28 degrés, refroidis jusqu'à 24 degrés. et répétés chaque fois que la température atteint 39 degrés dans l'aisselle. Caféine en lavements dès que le premier bruit s'affaiblit. Si, malgré la caféine, les bruits demeurent faibles, on suivra attentivement la marche de la pression sanguine. Dès que celle-ci tombe au-dessous de 12 centimètres, on fera, sous la peau du flanc, une injection d'eau salée de 800 centimètres cubes à 1 litre en une fois chez l'adulte.

3° *Dans les formes graves* : bains froids à 25 degrés, refroidis rapidement à 20 et 22 degrés centigrades. Affusions à 15 degrés. Caféine en injections hypodermiques d'emblée, dès le premier jour, à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Si, malgré ce traitement, l'état s'aggrave, pratiquer une et même deux injections d'eau salée d'un litre tous les jours. Enfin, dans la convalescence, on utilisera ces injections lorsque apparaîtront des symptômes nets d'asthénie cardio-vasculaire.

(Montpellier méd. — Gaz. des hôp.)

Du traitement médical préventif des coliques hépatiques à répétition.

par A. CHAUFFARD.

L'efficacité de cette cure méthodique, réglée et suf-

fisamment prolongée, dit l'auteur, est démontrée par l'expérience clinique.

A cet égard, les faits que j'ai observés sont si nombreux et m'ont paru si concluants, que ma conviction est faite. Je n'en veux ici rappeler que deux, dont l'un présente toute la netteté d'une expérience.

Le 10 janvier 1899, un malade âgé de quarante cinq ans environ était adressé, par un de nos confrères de l'Ouest à mon collègue M. Quénu et à moi ; il nous était envoyé pour être opéré, et lui-même, épuisé par une longue série de coliques hépatiques, était tellement à bout de forces et de courage, qu'il était le premier à réclamer l'intervention chirurgicale.

La situation de ce sujet était, en effet, des plus tristes, puisque, en trois ans, il avait subi 74 crises de coliques hépatiques, et cela malgré deux cures à Vichy. Dans son auto-observation, recueillie avec le plus grand soin, on relevait 33 crises en 1896, 18 en 1897, 22 en 1898, une enfin le 5 janvier 1899. Les crises étaient typiques comme localisations douloureuses, duraient de six à sept heures quand elles étaient courtes et sans ictère, beaucoup plus longtemps — jusqu'à sept jours une fois — quand elles s'accompagnaient de jaunisse. En 1899, plusieurs de ces coliques hépatiques avaient été compliquées de frissons et de fièvre (39°8 le 20 novembre). Depuis cette dernière date, le malade n'avait pour ainsi dire pas cessé de souffrir, était en état de crises subintrantes. Aussi était-il profondément affaibli et avait-il maigri de 40 livres, de 74 kilos qu'il pesait en 1895 à 54 kilogrammes.

Telle était la lamentable situation de cet homme quand il fut examiné par M. Quénu et par moi. A part la sensibilité assez vive de la région de la vésicule, nous ne constatons, du reste, ni gros foie, ni grosse vésicule, ni empatement sous hépatique, ni fièvre, ni ictère. Il nous paraissait possible, probable même que cette lithiasie biliaire de la vésicule fut compliquée d'un certain degré de cholécystite et de péricholécystite, sans que la preuve clinique directe put en être donnée.

Restait à conclure et à nous demander si l'acte opératoire était la seule et dernière ressource à laquelle on pût recourir. Mais, avant d'en venir là, était-il certain qu'on avait, médicalement, fait tout le possible ? Assurément non, et l'interrogatoire de notre lithiasique montrait bien qu'il rentrait dans la règle commune, et qu'à part deux cures à Vichy, quelques bouteilles d'eau de Vichy de temps en temps, du boldo, et un peu de régime alimentaire, il n'avait que bien peu été traité, sans conviction et sans méthode. Je demandai donc et obtins sans peine de M. Quénu, un peu plus difficilement du malade qui "était venu pour se faire opérer", que l'on fit crédit d'un mois au traitement médical, sauf incidents imprévus. Voilà donc le traitement qui fût institué : régime lacté, commencé à très petites doses (le malade craignant toujours de réveiller, par l'alimentation, des crises douloureuses) et aidé de lavements alimentaires ;

puis, régime lacté plus abondant, bouillies féculentes légères ; au bout de quinze jours, retour progressif au régime mixte, lacto-végétarien et faiblement carné. Chaque jour, 1 gr. 50 centigr. de salicylate de soude et autant de benzoate, en 3 prises ; deux perles d'huile de Harlem par semaine, des bains alcalins, des frictions sèches.

Pendant toute l'année 1899, ce traitement fut suivi vingt jours par mois d'abord, puis dix jours seulement.

Le résultat a été immédiat et complet ; du jour où ce sujet a été mis en traitement, il n'a plus eu une seule crise de colique hépatique et cela depuis près de deux ans ; à peine a-t-il à deux ou trois reprises " senti son foie ", mais sans être arrêté ni malade un seul instant. Son poids est remonté peu à peu de 54 à 70 kilogrammes, et toutes les occupations d'une vie très active ont pu être reprises.

L'amélioration a été si rapide que, dès le mois de février 1899, vingt jours après le début de son traitement, cet homme, non opéré et fort content, quittait Paris et subissait sans dommage la fatigue d'un trajet de dix heures en chemin de fer.

Il me paraît qu'un fait de ce genre a toute la valeur d'une démonstration. C'est le plus complet et le plus saisissant que j'aie observé, entre beaucoup d'autres du même genre. Tous les cas se ressemblent par la netteté du résultat, les crises étant souvent supprimées et toujours, au moins, très diminuées dans leur nombre et leur intensité.

(*La Semaine méd. — Ind. méd.*)

NOTES DE PHARMACIE PRATIQUE.

par J. W. LECOURS,

Professeur de Matière Médicale et de Pharmacie

à l'École de Pharmacie de Montréal.

Sous le titre de Notes de Pharmacie Pratique, nous publierons de temps en temps, de courtes observations sur l'art de formuler, sur les incompatibilités chimiques et pharmaceutiques, sur la pharmacologie et la pharmacotechnie.

Nous signalerons l'apparition des médicaments nouveaux et dénoncerons à l'occasion les faux " nouveaux médicaments " préparations trompeuses sinon frauduleuses et dont il existe un certain nombre.

Nous donnerons des formules choisies et des résumés tirés de la presse pharmaceutique. Enfin un miscellanée de bouts d'articles d'intérêt médico-pharmaceutique.

Nous répondrons aussi, dans la mesure de nos forces, aux questions que l'on voudra nous poser concernant les sujets de notre compétence. Ces questions devront être signées et adressées à J. E. W. Lecours, pharmacien, 370 rue Craig, Montréal.

Bandes plâtrées. — Moyen facile de les enlever. Il suffit de mouiller les bandes avec un tampon de coton hydrophile trempé dans une solution de peroxyde d'hydrogène, ce qui a pour effet de ramollir le plâtre.

Lotion contre la transpiration excessive des pieds. —

R. Acide chromique..... 3 III.

Eau distillée..... 3 VIII.

Conservé dans un flacon à bouchon de verre, ou de liège paraffiné.

Mode d'emploi. Badigeonner les pieds au moyen d'un pinceau, après un bain chaud. Répéter tous les jours jusqu'à guérison complète.

Sulfonal. — La rapidité et l'intensité d'action de ce médicament sont singulièrement augmentées si on a le soin de le donner sous forme de poudre très fine.

Règle générale, tous les médicaments insolubles comme le Sulfonal, le Trional et le Salol doivent être pulvérisés. La division mécanique des substances cristallines insolubles facilite leur assimilation.

Sérum artificiel. — Les formules pour sa préparation sont nombreuses. Hayem, Crocq, Leclerc, Dujardin-Beaumez et autres ont chacun leur formule favorite et plus ou moins compliquée. La formule suivante, semble être aujourd'hui la plus en vogue.

Chlorure de sodium..... 7 grammes.

Eau distillée récemment bouillie 1 litre.

Iodoforme. — Ce corps se présente ordinairement sous forme de paillettes brillantes d'un beau jaune de soufre. L'industrie en fournit aussi une autre variété ; porphyrisé ou précipité et d'un jaune mat. Cette dernière sorte, en poudre très fine, est la seule convenable pour la préparation de pommades ou onguents.

Les angles des cristaux de l'iodoforme cristallisé produisent quelquefois de l'irritation.

Antifébrine. — Conclusions d'un rapport d'une commission d'enquête de la British Medical Association.

L'action physiologique de l'Antifébrine est moins certaine que celle de l'Antipyrine et son emploi offre plus de dangers, (Syncope, cyanose). Cependant, dans la plupart des cas, les effets fâcheux de l'antifébrine sont surtout dus au fait que l'on prescrit ce médicament à de trop fortes doses. La pratique de donner 5, 6, 8 et même 10 grains par dose et de répéter à de courtes intervalles, est dangereuse. La dose de l'antifébrine est d'un cinquième de celle de l'Antipyrine, soit 1 à 4 grains.

Le permanganate de potasse et le nitrate d'argent, sont incompatibles avec toutes les substances organiques. L'eau distillée est le seul liquide convenable pour en faire des solutions. Éviter l'emploi de l'alcool et la glycérine même en petites quantités. Les bouchons de liège qui

servent à boucher les flacons renfermant des solutions de permanganate de potasse ou de nitrate d'argent, doivent être soigneusement protégé contre le contact de ces liquides. Ils doivent être trempés dans de la paraffine chaude.

Quand l'on prescrit le nitrate d'argent et le permanganate de potasse sous forme de pilules, on doit faire la masse pilulaire avec des substances minérales, comme le kaolin, et lier la masse avec du pétrolatum

Potion ténifuge. — La préparation suivante, formulée par feu le docteur D'Orsonnens, amène en peu de temps, l'expulsion du ver solitaire.

Extrait éthéré de fougère mâle..... 1 drach.

Extrait fluide d'écorce de grenadier.... 2 —

Mucilage de semences de citrouille..... 3 onces.

Mêler soigneusement l'extrait de fougère avec le mucilage et ajouter l'extrait de grenadier en dernier lieu.

On prépare le mucilage de semences de citrouille en triturant 1 oz. de poudre de semences avec 3 oz. d'eau. Après deux heures de contact, couler au moyen d'une mousseline.

Mode d'emploi. — Agiter la bouteille et prendre la moitié avant le coucher, prendre l'autre moitié le matin suivant, à jeun. Deux heures après la dernière dose, prendre une forte dose d'huile de ricin.

Eaux produits synthétiques. — Un grand nombre de prétendus nouveaux produits synthétiques, sont tout simplement des mélanges déguisés de médicaments aussi bien connus que l'antipyrine, l'antifébrine et la caféine. On pulvérise ces drogues, on les colore, enfin on cache leur identité d'une manière quelconque et on les vend au public sur ordonnances de médecins, à vingt fois et plus leur valeur ordinaire.

Il y a quelques mois le gouvernement américain a mis un impôt sur les médicaments résultant d'un simple mélange. Une commission de chimistes a été chargée de faire l'analyse d'une foule de ces "nouveaux remèdes", et on découvrit qu'un grand nombre de ceux-ci, acceptés par les médecins comme ayant été récemment découverts, sont tout simplement des mélanges comme on en prescrit tous les jours.

Citons la Phénalgine donnée comme étant du phospho ammonio phénylacétamide, un nom qui inspire du respect n'est-ce pas ? C'est tout simplement un mélange de poudres qui a la formule suivante :

Antifébrine.....	63.38	grammes.
Bicarbonate de soude	28.20	—
Carbonate de soude.	1.34	—
Carbonate d'ammon.	0.84	—
Eau.....	2.28	—

Nous pourrions citer nombre d'autres produits synthétiques (??) dont la vraie formule n'est pas plus compli-

qué que cello-ci. Et parmi ces préparations, quelques-une ont atteint un débit qui n'est comparable qu'à celui de la quinine.

En ce siècle où tout est au progrès, surtout dans le domaine de la médecine ; n'est-il pas vraiment extraordinaire qu'un état de chose aussi déplorable puisse exister et prospérer.

FORMULAIRE

LES FRICTIONS IODURÉES DANS LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ.

Chez les obèses présentant une accumulation de graisse dans les reins et la paroi abdominale, M. Kisch (de Marienbad) a volontiers recours, à côté du traitement diététique, aux frictions locales avec une pommade iodurée.

Pour les reins, M. Kisch fait faire tous les soirs des frictions avec la pommade suivante :

Vaseline.....	30	gr.
Iodure de potassium.....	3	gr.
Iode pur.....	0	gr. 30

ou bien avec une pommade formulée comme suit :

Vaseline.....	10	gr.
Iodoforme.....	1	gr.
Essence de menthe.....	II	gouttes.

La friction une fois faite, on recouvre les reins d'une large compresse trempée dans une solution d'acétate d'alumine :

Eau distillée.....	100	gr.
Acétate de plomb.....	5	gr.
Alumine.....	1	gr.

et on met par dessus une feuille de gutta-percha qu'on maintient par une bande.

Pour les frictions sur les parois abdominales, M. Kisch remplace la pommade par la solution suivante :

Vinaigre scillitique.....	200	gr.
Iodure de potassium.....	10	gr.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

M. Comby recommande dans les cas de bronchites chez les enfants de 2 à 6 ans la formule suivante :

Oxide blanc d'antimoine.....	1	gramme.
Infusion d'hyope.....	60	—
Sirop de tolu.....	20	—
Sirop de codéine.....	10	—

Une cuillerée à thé toutes les heures.

Travaux Originaux

ETUDE DE LA TORSION PEDICULAIRE DES KYSTES OVARIENS.

par le Dr GEORGES AUBRY (Thèse de Paris.)

Voilà le titre de la thèse de notre compatriote. Sous un extérieur attrayant elle renferme à l'intérieur de jolies choses. Notre jeune ami a bien traité son sujet — scientifiquement et à fond.

Il nous apprend que c'est Robitanski qui le premier, en 1840, décrit les complications dues à la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

La fréquence de cet accident serait d'environ 6 ou 7 % des cas et tendrait à diminuer par la vulgarisation de l'ovariotomie précoce. La torsion s'observe dans le kyste à pédicule long et grêle, mobile et dont la position est facilement influencée par l'état de plénitude ou de vacuité des organes abdominaux (rectum, vessie, intestins), par la présence d'une autre tumeur (grossesse, fibrome). L'auteur s'attache à faire ressortir, comme causes, le poids de la tumeur, l'irrégularité de sa forme, son mode de pédiculisation, son accroissement inégal et l'influence des lois de l'accommodation de la tumeur à la cavité qui la contient.

On verra ces torsions plus fréquentes chez les femmes d'un certain âge, ayant eu des enfants. Les époques menstruelles favorisent la torsion.

Les conséquences de la torsion pédiculaire sont la congestion, l'œdème, la gangrène ; le liquide kystique est souvent teinté couleur chocolat, par extravasation sanguine.

La circulation est-elle totalement arrêtée, des lésions graves en résultent ; telles sont la sphacèle et la rupture du kyste, une péritonite généralisée, sans microbes.

Symptômes. — L'invasion est habituellement soudaine ; une douleur abdominale vive localisée parfois très violente ; le facies est pâle, grippé, indiquant la souffrance ; le pouls est rapide, souvent filiforme ; il n'y a pas d'élévation de température ; la respiration est costale supérieure et accélérée. Et ces symptômes éclatent chez une femme qui porte une tumeur, connue ou méconnue jusqu'alors, à la suite d'un effort, d'une chute, d'un traumatisme sur le ventre. Généralement il y a des nausées et des vomissements ; quelquefois il y a une constipation opiniâtre.

Le ventre est tendu, souvent irrégulièrement. Il y

a des douleurs diffuses au toucher ; notamment plus vives dans la fosse iliaque entre l'épine iliaque et le pubis, à 4 ou 5 c. de la ligne médiane. Parfois il existe de l'empâtement. Nous aurais signalé l'ondulation en masse de la tumeur synchrone à la pulsation artérielle et un souffle systolique au niveau du pédicule.

A l'examen pelvien, on constate une tumeur latérale à l'utérus, souvent faisant corps avec lui et quelquefois du côté opposé au pédicule.

Si la circulation veineuse seule est arrêtée, il y aura hémorragie intra kystique, avec les symptômes d'une hémorragie interne. Cette circulation est-elle simplement ralentie, gênée, il y aura plutôt des signes inflammatoires chroniques, avec péritonites adhésives, douleurs sourdes, faiblesse, amaigrissement, apyrexie.

Souvent il arrive que les signes sont impuissants à déceler la nature exacte de l'affection et c'est une laparotomie qui quelquefois révèle la torsion pédiculaire.

Diagnostic. — Cette complication débute parfois avec des symptômes communs à beaucoup de maladies abdominales : appendicite, péritonite, étranglement intestinal, obstruction intestinale, métrite aiguë, grossesse ectopique, salpingite purulente, fibrome utérin compliqué, hydronéphrose.

Dans l'*étranglement*, le ballonnement est plus considérable, la constipation absolue, et il n'y a pas d'évacuation de gaz.

Dans l'*hématocèle*, la masse se délimite mal, la consistance est pâteuse ; il existe quelquefois de la crépitation.

Dans l'*appendicite*, il y a de la fièvre dès le début, le point Mac Burney est plus précis ; les symptômes digestifs et l'histoire antérieure de la malade aident.

L'évolution de la *salpingite* est un puissant facteur pour la pose du diagnostic.

Dans l'*hydronéphrose*, le siège de la tumeur et les symptômes urinaires éclairent.

Parfois le diagnostic précis est impossible.

Comme *complications* de la torsion du pédicule on peut avoir de la péritonite aiguë, chronique, une hémorragie interne, un état cachectique, l'occlusion intestinale par enroulement d'une anse intestinale autour du pédicule ; l'embolie pulmonaire peut se faire ayant son point de départ dans les veines du pédicule tordu ; l'utérus gravide sera gêné, le kyste peut se rompre.

Traitement. — Dans toutes les torsions du pédicule de kyste l'ovaire quel qu'en soit le degré ou quel que soit le volume de la tumeur, il faut invariablement pratiquer

une laparotomie dès que le diagnostic est posé. Si le danger n'est pas imminent, ou s'il existe de grands doutes sur le diagnostic, il vaut mieux temporiser.

Exiger le repos absolu dans le décubitus dorsal ; appliquer de la glace sur le ventre, donner de la morphine, et n'opérer qu'après la disparition des phénomènes inflammatoires.

L'auteur termine sa très intéressante thèse par neuf observations instructives et fort démonstratives.

M. T. B.

Revue analytique

Comment prévenir et traiter une hémorrhagie post-partum.

Tel est le titre d'un article du Dr J. W. Byers, paru dans le *Lancet* du 15 septembre 1900, et qu'on peut résumer comme suit.

Les causes de l'hémorrhagie post-partum peuvent être divisées en deux groupes :

- a) Hémorrhagie due à l'atonie utérine ;
- b) Lésions de la filière génitale, sans inertie utérine.

La grande majorité des cas se rattachent à la première entête.

Parmi les conditions qui mettront l'accoucheur sur ses gardes contre une hémorrhagie post-partum possible on peut citer :

1° Histoire d'hémorrhagie lors d'un accouchement antérieur, grossesses réitérées et rapprochées, manque d'exercice, primipares âgées et histoire de métrite antérieure à la conception.

2° Développement exagéré de l'utérus, myomes, etc., empêchant les contractions, l'albuminurie, grande dépression mentale, et l'excitation du système vasculaire.

3° Les douleurs fortes et de peu de durée à la seconde période du travail suivies d'un long interval de repos, un pouls rapide succédé, petit, compressible.

L'usage du chloroforme n'est pour rien dans la production des hémorrhagies post-partum.

Les deux principaux moyens à employer pour prévenir l'hémorrhagie post-partum, sont : 1) Bien surveiller le 3e temps du travail ; et 2) ne pas oublier le grand principe d'attendre une tranchée pour faire la délivrance.

Comme traitement de fait, il faut recourir tout d'abord au massage utérin externe, suivi de douches chaudes, si cela ne suffit pas introduire la main aseptique dans la cavité utérine pour extraire le placenta, un cotylédon, ou les caillots, et faire un tamponnement à la gaze dans la cavité de l'organe.

L'auteur n'approuve pas la compression bimanuelle

ou les injections de perchlorure de fer. Il n'a jamais employé la méthode qui préconise l'abaissement de l'utérus au moyen de pinces à traction pour enrayer une hémorrhagie. Toute plaie, toute lacération doit être suturée séance tenante.

Si l'anémie post-hémorrhagique est grave recourir à la transfusion saline directe dans les veines.

Asthme Infantile due à l'auto-intoxication.

Le *N. Y. Med. Journal* du 10 novembre 1900, résume ainsi un article du savant Dr Bellotti. — L'auteur rapporte 20 cas d'asthme chez des enfants entre l'âge de un et de cinq ans. La difficulté de respirer s'établit très rapidement, dans l'espace de quelques heures la respiration est des plus pénibles. Les enfants sont très cyanosés, la figure se couvre d'une sueur glacée, les extrémités se refroidissent, le pouls est vite, faible, et la température s'élève d'un ou deux degrés. La langue est chargée, les selles sont molles, nombreuses et infectes, l'anorexie et la somnolence se partagent les moments de repos entre deux attaques. La maladie dure ordinairement trois jours, et les attaques sont plus fortes la nuit.

Le traitement consiste à faire de la contreirritation sur le thorax et les extrémités, et à administrer du calomel et de l'huile de ricin, du sirop d'ipécaoc.

L'auteur croit que la cause de ces attaques est une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

Il n'a pas eu l'occasion de faire l'examen bactériologique des selles de ces enfants.

Le pronostic est bon ; tous les malades sont revenus à la santé après l'administration de cathartiques et d'antiseptiques intestinaux. La source probable de l'infection est le *coli-bacille* que l'on trouve dans les selles normales des enfants, et qui était dans ces cas d'une virulence spéciale.

Recherche du bacille de Koch dans les produits tuberculeux en putréfaction.

Dans un numéro récent de la *Riforma Médica*. Le Dr N. Pane, décrit une méthode très simple pour la recherche du bacille de Koch dans les produits tuberculeux en putréfaction. L'auteur rappelle le fait que des crachats tuberculeux envoyés à un laboratoire, et venant d'une grande distance, arrivent le plus souvent dans un état avancé de putréfaction. Le bactériologiste obtient alors presque toujours des résultats négatifs, vue la difficulté de colorer et de décolorer les produits expectorés en putréfaction, de manière à y déceler les bacilles de Koch, surtout s'il sont en quantité minime. Pour tourner la difficulté, Pane suggère la méthode suivante : Faire le lavage des crachats dans de l'eau distillée avant de colorer, et ensuite employer la méthode Ziehl-Nielson ou

celle d'Ehrlich-Weigert. Ces méthodes donnent une brillante coloration de la pièce qui met le bacille bien en évidence.

La coloration foncée du bacille tranche d'une manière bien distincte sur celle du fond beaucoup plus légère.

Il faut naturellement centrifuger les produits d'expectoration si le lavage est considérable, et réserver pour l'examen microscopique les produits de décantation. Cette méthode se prête très bien pour la recherche du bacille dans des pièces pathologiques décomposées.

Les pièces sont d'abord lavées dans de l'eau distillée, l'eau est centrifugée, et le résidu du décantage coloré.

DÉROME.

Revue des journaux

MEDECINE

Diagnostic de la perforation typhoïdique.

M. Ferrier (Soc. méd. des hôp.) relate trois observations personnelle de péritonites par perforation intestinale survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde et traités par la laparotomie.

L'intervention chirurgicale est évidemment appelée à d'autant plus de succès que l'opération est plus précoce aussi le diagnostic doit-il être porté hâtivement, condition d'autant plus difficile à réaliser que très souvent les péritonites, chez les typhoïdiques, évoluent avec peu de fracas ; si certains symptômes tels que les vomissements le tympanisme font défaut, d'autres ont une très réelle importance ; c'est ainsi qu'il convient de placer en première ligne l'hypothermie, surtout lorsqu'elle coïncide avec l'augmentation de fréquence du pouls. La suppression des selles a également son importance. Enfin, ainsi que nous l'avons constaté dans nos trois observations, on peut relever souvent l'apparition de troubles vésicaux indiquant la participation du petit bassin à l'inflammation péritonéale.

Cirrhose hypertrophique diffuse.

MM. A. GILBERT et J. CASTAIGNE (Soc. méd. hôp.) ont pu réunir cinq observations sur lesquelles est basée cette communication.

Les deux grands facteurs étiologiques sont l'alcoolisme, que l'on retrouve dans toutes les observations, et la tuberculose qui est intervenue dans trois cas et qui semble avoir joué un rôle prépondérant, au moins chez un des malades

Dans tous les cas, le foie est extrêmement volumineux, mais lisse, et présente un bord inférieur moins mousse que dans la cirrhose hypertrophique graisseuse. La rate est légèrement hypertrophiée. L'ascite, toujours constatée, ne nécessita la ponction que dans un seul cas ; en général, il s'agit d'ascite peu abondante, variant de six à neuf litres. La circulation collatérale est très peu accentuée. Quant à l'ictère, il fut relevé dans tous les cas, jamais avec l'intensité qu'il acquiert dans les cirrhoses graisseuses : il s'agit, en général, d'une coloration jaune sale de la peau avec présence de pigments modifiés dans les urines.

L'évolution de cette cirrhose se fait en deux stades : il existe d'abord une période de pré-cirrhose, pendant laquelle on note les différents petits signes décrits par Hanot. Cette période peut durer plus ou moins longtemps et même présenter des rémissions, si le malade est mis au régime lacté ; il semble qu'à ce moment rien ne soit encore définitif : le malade prépare, pour ainsi dire, sa cirrhose. Mais quand commence la seconde période, quand l'ascite apparaît, l'évolution est rapidement fatale : à peine deux ou trois mois pour les malades les plus favorisés séparent l'apparition constatée de l'ascite des accidents terminaux.

Il semble que, dans ce cas, le pronostic fatal n'était pas lié à une insuffisance hépatique, et que la loi de pathologie établie par Hanot — à savoir que le pronostic d'une cirrhose est parallèle à l'état fonctionnel de la cellule hépatique — paraissait en défaut.

A l'autopsie, on pourrait croire, au premier abord, comme d'ailleurs pendant la vie, à l'existence d'une cirrhose graisseuse, mais dans les cas de cirrhoses hypertrophiques diffuses, le foie est plus dur au toucher et à la coupe, il est moins onctueux et sa densité est plus considérable.

Il s'agit là d'une forme bien particulière de cirrhose simple, puisqu'il n'existe pas de lésion cellulaires, bi-veineuse, puisque le maximum des lésions existe autour des veinules portes et sus hépatiques, mais aussi péri-capillaire puisque les travées sont dessinées par le tissu conjonctif. C'est bien, en réalité, une cirrhose hypertrophique diffuse bi-veineuse et péri-capillaire.

(*La méd. orientale.*)

CHIRURGIE

Les perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.

(*Société de chirurgie.*)

Dans l'une des dernières séances, M. Legueu a communiqué deux observations de perforations intestinales survenues au cours de la fièvre typhoïde et qu'il a opé-

rées, l'une sans succès, l'autre avec succès, M. Lejars. chargé d'un rapport à ce sujet, a traité, d'une façon générale, la question de l'intervention chirurgicale dans les cas de perforations typhiques et a soulevé une discussion intéressante. Ce n'est pas là de la chirurgie brillante, dit non sans raison M. Lejars, mais c'est de la chirurgie utile et pouvant même, dans certains cas, procurer un salut inespéré. Nous avons déjà résumé les deux faits de M. Legueu ; le premier fut malheureux, bien que l'opération fut très simple. Dans le second cas, il s'agissait d'un garçon de quinze ans, atteint d'une fièvre typhoïde grave au cours de laquelle il présenta tous les signes d'une perforation intestinale. Appelé immédiatement, M. Legueu pratiqua la laparotomie six heures après le début des accidents ; il trouva un liquide purulent, louche, provenant d'une perforation du cæcum qu'il ne put fermer ; il y appliqua une greffe épiploïque, fit un grand lavage et draina. Au cinquième jour, il se fit une fistule stercorale qui finit par se fermer seule et l'enfant guérit très bien.

M. Lejars, après avoir félicité M. Legueu de ce succès, rapproche de son observation d'autres faits analogues. On possède aujourd'hui 16 cas de guérison semblables à celui-ci ; malheureusement, la guérison n'est pas toujours obtenue aussi facilement qu'on pourrait le croire. Témoin le fait suivant que rapporte M. Lejars : un jeune étudiant, en travaillant au laboratoire, avale, par mégarde, une certaine quantité de culture de bacille d'Eberth. Il est atteint d'une fièvre typhoïde expérimentale, très grave. Au cours de la maladie, survient brusquement une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, le ventre se ballonne, le malade tombe dans le collapsus ; son état est lamentable. Dès le lendemain, M. Lejars fait la laparotomie ; il trouve une péritonite purulente, diffuse, généralisée ; à trois ou quatre centimètres du cæcum, existait, sur l'intestin grêle, une perforation. M. Lejars la ferme, lave et draine, en même temps qu'on fait des injections sous-cutanées de sérum. Le pouls se relève, le malade semble mieux, mais cette amélioration n'est que passagère et le malheureux jeune homme succombe dans la nuit. M. Lejars estime que l'opération ne lui a fait aucun mal, il regrette seulement qu'elle ait été faite trop tardivement.

Etant donné qu'un malade atteint de perforation intestinale, au cours d'une fièvre typhoïde, est à peu près perdu, il ne faut pas laisser de côté le seul moyen de le sauver, la suture de la perforation. Les succès obtenus sont assez encourageants pour qu'il soit du devoir des chirurgiens de faire entrer la conviction dans l'esprit des médecins. Deux éléments très importants dominent toute la question : il faut un diagnostic précoce de la perforation et, le diagnostic fait, une intervention aussi hâtive que possible. L'intervention en elle-même est fort simple ; mais il faut compter d'une part avec les perforations multiples et, d'autre part, avec les perfo-

rations successives, ce qui, d'ailleurs, s'observe rarement.

M. Rochard est intervenu plusieurs fois dans ces cas de perforations ou de prétendues perforations typhoïques, mais, parmi les observations qu'il a citées, il en est deux qui sont fort intéressantes et qui méritent d'être retenues ; un malade, au cours d'une fièvre typhoïde, présenta tous les signes les plus nets d'une perforation ; M. Rochard opéra presque immédiatement ; il examina successivement le cæcum, l'iléon, l'appendice, la vésicule biliaire et ne trouva absolument rien. Le malade guérit fort bien.

Un autre malade, présentant une haute température des vomissements incoercibles, une douleur vive dans la fosse iliaque droite, est envoyé à M. Rochard comme atteint d'une appendicite réclamant une intervention immédiate. M. Rochard l'opère, il ne trouve aucune perforation, aucune trace d'appendicite, mais seulement l'iléon un peu rouge. Il fait faire le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde qui est positif.

Ces deux faits prouvent qu'une laparotomie, au cours d'une fièvre typhoïde, n'aggrave en aucune façon la maladie et est très bien supportée.

M. Routier rappelle un cas dans lequel il eut affaire à une perforation au début de la fièvre typhoïde, il la sutura et le malade a très bien guéri, mais il a eu ensuite une seconde perforation à laquelle il a succombé. M. Routier fait observer que tous ces cas de guérison qui ont été signalés avaient trait à des perforations au déclin de la fièvre typhoïde.

M. Delorme rapporte, à son tour, l'histoire d'un malade qui, au cours d'une fièvre typhoïde, présente tous les signes d'une perforation. Il fait la laparotomie, ne trouve rien qu'un appendice légèrement turgescent qu'il a réséqué.

Il résulte de ces faits, ainsi que le fait très justement observer M. Walther, que le diagnostic de ces perforations n'est pas toujours aisé, et que l'opportunité de l'intervention peut être bien souvent discutable. Il rapporte le fait suivant : Une jeune femme présente tous les signes d'une perforation intestinale au déclin d'une fièvre typhoïde. M. Walther la voit vingt-quatre heures après le début des accidents, l'état est grave ; M. Walther n'intervient pas, il attend l'enkystement de la péritonite. La malade, quelques jours après, rendait un flot de pus dans ses urines. Il s'agissait d'une péritonite suppurée s'étant ouverte dans la vessie ; il s'était fait une fistule intestino-vésicale, M. Walther fit des lavages de la vessie ; tout s'arrangea, la fistule se ferma spontanément et la malade a très bien guéri.

M. Walther soulève la question du diagnostic différentiel entre l'appendicite et la fièvre typhoïde.

En cas de doute, déclare M. Rochard, il vaut mieux opérer.

M. Lejars, en résumant cette discussion, arrive à

cette conclusion qu'au cas, même douteux, de perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde, il vaut mieux opérer le plus tôt possible.

(Gaz. des hôp.)

OBSTÉTRIQUE

Symptômes, diagnostic, pronostic et traitement de la mole hydatiforme.

par M. le professeur BUDIN.

D'abord, d'une façon générale, il y a des signes de grossesse. Car on ne se trouve pas toujours en présence d'un cas comme celui qui a servi de sujet à cette leçon, cas d'une femme qui allaite et chez laquelle se développe une mole hydatiforme. Il s'agit d'ordinaire d'une femme bien portante, bien réglée, qui voit ses règles disparaître. Si avec cela il y a des modifications du côté des seins, s'il y a, comme cela existe quelquefois, des troubles du tube digestif, troubles qui peuvent être graves puisque M. Bué a rapporté trois cas de mole avec vomissements incrochables et que j'ai, pour ma part, vu une femme chez laquelle il y avait, au début de la grossesse, des vomissements et de la salivation qui ont persisté pendant longtemps et qui se sont accompagnés d'écoulements sanguins intermittents, malgré le repos, enfin que M. Peyret a vu en ville un cas l'année dernière, dans lequel il y avait des écoulements sanguins et aussi des vomissements presque continus ; dans ces cas, certes, le diagnostic est bien embarrassant ; mais il faut déjà se méfier ; donc, si ces conditions se produisent, on aura tous les signes du début de la grossesse, et notamment des nausées et des vomissements. J'ai retrouvé, dans un travail de deux auteurs américains, ces vomissements signalés dans 50 % des cas de mole.

Il est évident que jusqu'à 4 ou 5 mois, on ne peut trouver des signes de la vie du fœtus, on ne peut donc se prononcer, et on reste dans l'embarras. Mais à cette époque qu'arrive-t-il ? On ne trouve aucun signe, en général le fœtus est mort, on est donc en présence d'un utérus développé mais sans signes de certitude de grossesse. Trois signes particuliers doivent cependant attirer particulièrement votre attention. Ce sont d'abord des modifications dans le développement, dans le volume, la forme et la consistance de l'utérus. En effet, dans les premiers mois, il y a un développement exagéré de l'organe, celui-ci est beaucoup plus développé qu'il ne devrait l'être à cette époque, il s'agit du deuxième ou troisième mois, par exemple ; quelquefois cependant le développement de l'organe est normal. Quant à la forme de l'utérus, elle est quelquefois irrégulière, quelquefois bosselée, présentant des saillies anormales. Enfin, quand on palpe l'utérus, il est mou, flasque, beaucoup plus mou et beaucoup plus flasque qu'il ne devrait être pour

rappeler la présence du fœtus, on ne trouve pas de fluctuation, mais une consistance molle tout-à-fait particulière. Aucun signe de présence du fœtus, ainsi que je vous l'ai dit ; parfois on perçoit un souffle utérin. Quand on fait le toucher, on trouve, au niveau du segment inférieur, une partie qui est molle et rien, ici non plus, qui rappelle la présence du fœtus, pas de ballottement fœtal notamment.

Un autre symptôme plus caractéristique qui appelle l'attention, c'est l'hémorrhagie. Les hémorrhagies sont très précoces, elles apparaissent à la fin du premier mois, dans le second et le troisième mois, et M. Hirtzmann, dans sa thèse qui date d'une trentaine d'années, a vu, sur 35 cas, 17 dans lesquels les hémorrhagies étaient apparues avant le troisième mois. Il s'agit d'écoulements de sang pur survenant sans cause apparente ; quelquefois c'est une sérosité sanguinolente. Ces écoulements sont quelquefois très abondants, intermittents, avec un suintement dans les intervalles. Vous avez vu l'état de la femme qu'on nous a amenée, elle était pâle, fortement anémiée par ces hémorrhagies. Celles-ci persistent pendant toute la durée de la grossesse, et elle ne manque que dans des cas exceptionnels.

Enfin, il y a un troisième signe aussi rare qu'important, c'est l'expulsion des vésicules. C'est un signe malheureusement sur lequel on ne peut pas compter.

Je ne parle pas des complications qui peuvent survenir. Il peut y avoir albuminurie pouvant donner lieu aux mêmes conséquences que celles de la grossesse. Je vous ai mentionné l'anémie qui peut amener la mort de la femme par sa gravité.

La marche est variable : c'est l'expulsion de la mole de bonne heure ou plus tard qui termine la grossesse. Dans des cas exceptionnels, celle-ci continue son cours, la mole étant expulsée, et on a pu avoir des enfants vivants ; encore une fois c'est tout-à-fait exceptionnel. Mais il ne faut pas croire qu'alors tout soit terminé, il peut y avoir des hémorrhagies graves après cet avortement. La majeure partie des vésicules est expulsée, mais il reste des vésicules dans la cavité utérine, il peut en rester dans l'épaisseur de l'utérus, dans les sinus. En outre ces vésicules qui restent peuvent s'infecter et l'infection est d'autant plus facile et plus grave chez une femme profondément anémiée. De là, l'indication capitale de veiller à l'asepsie de l'utérus chez une femme qui a eu des hémorrhagies.

J'en arrive au diagnostic. Avec quoi peut-on confondre la mole ? Evidemment, on trouve des signes de grossesse, mais dans certains cas on n'en trouve pas, et on pense, comme dans le cas de notre malade, à une endométrite hémorrhagique, d'autres fois on pense à un sarcome de l'utérus, celui-ci étant mou, irrégulier, il y a des hémorrhagies, d'autres fois à un fibrome, d'autres fois à un kyste de l'ovaire quoique le siège ne soit pas le même et qu'on sente l'utérus à côté du kyste. Donc, il y a de grandes difficultés quand il n'y a pas de signes de

grossesse ou quand on ne pense pas à une grossesse.

D'autres fois, on a fait le diagnostic de grossesse et on a pensé alors à l'hydramnios avec un peu de décollement du placenta quoiqu'il n'y ait pas de fluctuation et qu'il y ait surtout des hémorrhagies prématurées. On a pensé à une grossesse gémellaire dans laquelle il y a un développement exagéré de l'utérus, mais dans la môle il y a des hémorrhagies, et dans la grossesse gémellaire on pourra constater les signes de la présence du fœtus. Enfin on a pensé au placenta prævia, mais c'est surtout le développement anormal de l'utérus, d'une part, et ce fait, d'autre part, que l'enfant continue à vivre qui vous aideront à faire le diagnostic.

(à suivre)

PÉDIATRIE

L'abcès du foie par contusion chez l'enfant.

par C. ODDO.

Si l'abcès du foie est, d'une manière générale, rare chez l'enfant, l'abcès traumatique consécutif à la contusion de l'abdomen est relativement plus fréquent chez lui que chez l'adulte.

Cette fréquence relative tient probablement à la multiplicité des traumatismes abdominaux dans le jeune âge.

Tantôt les accidents se développent immédiatement après le traumatisme, et tantôt il s'écoule une période latente pendant laquelle les symptômes font défaut.

Le plus souvent le traumatisme, a porté directement sur la région hépatique, l'abcès est alors primitif et direct; très rarement le choc a pu se produire sur une autre région de l'abdomen, l'abcès du foie est alors secondaire et indirect.

Les signes de l'abcès traumatique du foie chez l'enfant sont la douleur locale, la présence d'une voussure, la fluctuation, etc. ; en même temps la fièvre est intermittente ou continue et la cachexie s'est montrée rapide et profonde dans tous les cas.

La marche naturelle de l'abcès est la tendance à l'ouverture par la peau ou bien l'évacuation par les voies respiratoires. Dans ce cas l'ouverture peut se faire directement dans les bronches, ou bien déterminer seulement une pleurésie purulente ou enfin produire un pyopneumothorax sous-diaphragmatique.

L'évacuation est suivie le plus souvent d'une amélioration très rapide, mais, pour être réellement curatrice, l'intervention chirurgicale doit être appropriée à chaque cas particulier : resection costale, etc., etc.

(Rev. mens. des mal. de l'enf. — Ind. méd.)

Syndromes arthritiques chez les enfants.

par M. COMBY.

Sans prétendre exposer, dans son ensemble, la diathèse arthritique chez les enfants, je me bornerai pour aujourd'hui à appeler l'attention sur trois grands syndromes assez fréquents et d'une interprétation parfois difficile.

Ces trois syndromes (céphalalgie, vomissements, fièvre urémique), sont certainement d'origine arthritique. Cette pathogénie est confirmée, non seulement par les allures cliniques de ces paroxysmes, mais encore par l'analyse des urines, et par les antécédents héréditaires des malades.

Cette conception permet d'instituer un traitement rationnel.

Contre les accès, peu de chose à faire. On proscriera le repos au lit, la diète hydrique, les bains tièdes, au besoin les injections de sérum artificiel.

Dans l'intervalle des accès, on cherchera à modifier le tempérament morbide par la vie au grand air, les exercices physiques, les pratiques hydrothérapiques, les frictions et massages, le séjour à la campagne ou à la montagne, cures alcalines (Vichy, Pougues), les eaux arsenicales dans quelques cas (La Bourboule), les chlorurées sodiques chaudes et froides, les eaux sulfureuses. Régime en grande partie végétarien (pain et farineux, légumes secs et légumes verts, œufs et laitage, viandes blanches, fruits cuits, etc.). Comme boisson de l'eau ou du lait. Pas d'excès alimentaires, pas de surmenage cérébral ou même physique. En somme, hygiène du poulmon, du tube digestif, de la peau, des muscles, du cerveau.

(Méd. Orientale.)

THERAPEUTIQUE

Traitement de la syphilis par les frictions avec la pommade au calomel.

M. Bovero préconise des frictions avec la pommade suivante :

Calomel à la vapeur.....	0 gr. 50 à 1 gr.
Lanoline.....	3 grammes.
Beurre de cacao.....	1 —

Faire tous les 5 ou 8 jours une friction de 20 minutes, et cesser au bout de 6 ou 7 frictions, puis on donne de l'iodure de potassium.

Bovero n'aurait, dit-il obtenu que des succès par cette méthode, et il vante la propreté de ce mode de traitement et la rareté des phénomènes concomitants se passant du côté de la bouche, de l'arrière-bouche et de la peau.

Watrassenski utilise ensuite un savon en mélangeant minutieusement le calomel à la vapeur avec du savon frais à base d'huile d'olives. La dose pour une séance est de 2 à 3 grammes contenant 0,50 centigrammes à 1 gramme de calomel. Ce savon a une consistance et une couleur ressemblant à celle de la vaseline. On fait les frictions avec la main mouillée préalablement.

Audry (de Toulouse) a modifié ainsi la préparation :

Lessive de soude caustique. 100 grammes.
— de potasse..... 50 —
Huile d'amandes douces.... 300 —

Ensuite, après avoir préparé ce savon mou de potasse, on lui incorpore du calomel :

Savon mou de potasse..... 100 grammes.
Calomel..... 40 à 60 grammes.
Huile d'amandes douces.... 20 grammes.

Dans des proportions variables de 1/2, de 1/3, de 1/4 puis on s'en sert pour les frictions.

Les résultats de cette préparation ont été satisfaisants. Les bons effets du calomel ont été ensuite vantés par Rille, puis M. Balzer l'a expérimenté à son tour et les résultats obtenus ont été consignés dans la thèse de son élève Kazandjief (*Th. Paris 1900*). Voici son *modus faciendi* : les deux formules employées ont été les suivantes :

I. Calomel à la vapeur..... 4 grammes.
Vaseline..... } à 2 —
Axonge..... }
Essence de térébenthine.... 0 gr. 80.

Pour une dose.

II. Calomel à la vapeur..... 4 grammes.
Vaseline..... } à 2 —
Axonge..... }

On peut remplacer le calomel par du précipité blanc.

On fait les inunctions dans le dos et sur les membres inférieurs, on prend la pommade avec une spatule et on l'étale sur les deux membres inférieurs avec un frotoir, de manière à recouvrir toute la surface du membre inférieur.

La dose employée est de 8 grammes pour adulte, 4 grammes pour enfant et 2 grammes pour les nouveau-nés. On enveloppe ensuite la région traitée avec un morceau de flanelle. On fait une inunction tous les matins et on donne 3 bains par semaine.

(*Méd. Orientale.*)

Le traitement du rhumatisme articulaire aigu franc par le massage au pétrole.

par le Dr H. SARAFIDIS (Roumanie).

L'auteur a expérimenté pendant trois ans dans son service et dans sa clientèle ce procédé d'ailleurs usité de

longue date empiriquement dans la population roumaine.

La technique très simple est la suivante : On masse le membre atteint d'après les règles classiques du massage et en se servant de pétrole ordinaire d'éclairage. Une séance de dix minutes chaque jour suffit. Si après le massage quelques papules d'érythème apparaissent sur la peau, on suspend le traitement pendant un ou deux jours pour le reprendre ensuite. L'énergie des frictions sera proportionnée à la susceptibilité individuelle du malade. On commence par frotter les surfaces malades lentement jusqu'à ce que la peau commence à rougir ; puis on applique un pansement ouaté jusqu'au lendemain.

L'auteur a traité avec succès par ce procédé 50 cas et donne la description de douze d'entre eux avec courbe thermométrique. L'avantage de cette méthode qui convient à tous les âges est de suffire par elle seule à la guérison sans nécessiter aucune médication interne.

(*Rev. de théor. méd.-chir.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Séance du 26 février 1901.

Présidence du Dr DUBÉ.

M. Hervieux étant absent, M. Dubé prend le fauteuil présidentiel ; M. Duhamel agit comme secrétaire en remplacement de M. Dagenais.

Cette assemblée est entièrement consacrée à la discussion du projet de construction du nouvel hôpital civique.

Si on doit en juger par le nombre de médecins qui ont pris part à la discussion, la classe médicale de Montréal ne paraît se soucier guère du projet.

Voici la liste des médecins présents : Dubé, Duhamel, Cartier, Ethier, Baril, Barry, Lussier, Ricard, Rhéaume, L. E. Fortier, Chartier, de Lotbinière-Harwood, Dupont, Plouffe, Foucher, Germain, de Grandpré, Boucher, de Cotret, Cléroux, J. E. Laberge, Chagnon, Lemieux Cormier, Décary, Asselin, Beauchamp, Laurier.

Le président donne le but de l'assemblée et ouvre la discussion en invitant le Dr J. E. Laberge, qui doit être le principal intéressé à la question, à donner son opinion.

M. Laberge ne veut pas énoncer d'opinion. Il se contente d'exposer, sans commentaires, à la demande de monsieur le président, les deux projets du conseil de ville.

M. Foucher est d'opinion qu'il est bien évident que l'hôpital actuel est insuffisant. Un seul hôpital, sur le terrain isolé qu'occupe l'hôpital actuel, donnerait pleine satisfaction.

On ne devrait pas soulever de questions de religion dans ce projet.

L'hôpital serait dirigé par un médecin canadien-français et par un médecin anglais ; il pourrait y avoir des ministres du culte attachés à l'institution, comme cela se pratique dans la plupart des grands hôpitaux.

L'administration pourrait disposer d'un certain nombre de chambres privées, et les médecins de famille pourraient venir y traiter leurs propres patients.

Deux hôpitaux divisent nécessairement les frais de construction et de maintien. M. Foucher se déclare aussi en faveur d'un contrôle médical absolu sur l'hôpital.

M. de Grandpré partage l'opinion de M. Foucher.

La question de donner ou de refuser l'administration de l'hôpital civique, soit aux religieuses, soit à l'hôpital Victoria, ne doit pas être prise au point de vue de la qualification du personnel de ces établissements ; mais si la ville ne dispose que d'une somme limitée, ces institutions auront avantage alors à recevoir le moins possible de malades, afin de ne pas avoir de déficit ; tandis, que, si la municipalité a le contrôle financier de l'hôpital, elle bénéficiera des revenus, s'il y en a, et elle couvrira le déficit dans le cas contraire.

M. Germain n'est pas prêt à donner son opinion ; c'est une question qui demande réflexion.

Si, bien souvent, dit-il, on ne trouve pas tout l'éclat qu'il faut dans nos communautés religieuses, c'est peut-être parce qu'elles ne disposent pas des mêmes revenus que d'autres institutions plus riches.

M. Fortier n'a pas étudié la question, mais il pencherait en faveur de l'opinion de M. Foucher.

M. Boucher est d'avis que, si on ne pouvait arriver à obtenir un seul hôpital, tel que projeté dans les opinions précédentes, il faudrait tâcher d'obtenir le contrôle médical absolu chez les sœurs.

M. Harwood n'a pas d'objection que l'on engage des religieuses, comme gardes-malades, pourvu qu'elles soient suffisamment renseignées.

M. de Cotret doute qu'avec un seul hôpital il soit possible d'obtenir l'accord absolu entre les médecins anglais et français qui feraient partie du bureau. C'est pourquoi il serait en faveur de la construction de deux hôpitaux séparés. Il croit qu'on pourrait obtenir beaucoup de religieuses ; "elles entrent dans le progrès."

M. Cléroux est en faveur d'un seul hôpital, plus près du centre. S'il ne fallait pas regarder les dépenses, deux hôpitaux seraient préférables.

Une institution de ce genre ne méritera la confiance du public qu'en autant qu'elle sera confiée à un bureau médical indépendant de l'administration civique.

M. Dubé est en faveur d'un seul hôpital. Les canadiens-français sont assez indifférents à la séparation au point de vue religieux ; la grande majorité d'entre eux n'a aucune répugnance à se faire traiter aux hôpitaux protestants. Il ne voit pas la nécessité d'isoler l'hôpital, puisqu'il faut venir en contact avec les malades pour qu'il y ait contagion.

La construction d'un hôpital civique, dans le centre de la ville, serait plus commode pour les médecins.

Au point de vue de l'enseignement, il serait préférable d'avoir deux hôpitaux ; les étudiants pourraient ainsi suivre l'hôpital de leur nationalité. Aujourd'hui, il est impossible aux étudiants de fréquenter l'hôpital des maladies contagieuses, et le résultat est que les jeunes médecins ne connaissent pas ces maladies.

M. Baril a fait la topographie de la dernière grande épidémie de variole à Montréal.

Il tend à prouver par des données de bactériologie, qu'un terrain élevé ne convient pas pour un hôpital de variolés ; qu'au contraire, il faut choisir un terrain bas, au niveau de l'eau.

M. de Grandpré propose, secondé par *M. Fortier*, que la " Société médicale " se déclare en faveur de l'établissement d'un hôpital civique.

M. Germain propose en amendement, secondé par *M. Baril*, qu'un comité composé des docteurs *Dubé*, *Fortier*, *Foucher*, *Cormier*, *Germain* et *Baril* soit chargé d'étudier la question et de faire rapport à une prochaine séance.

Cet amendement est adopté.

Ici il m'est arrivé un petit incident, pour ne pas être aussi connu que le journal que je représente ; peut-être aussi me manque-t-il un certain air de dignité professionnelle ! Dans tous les cas, *M. Grandpré*, voyant sa motion perdue, se lève et, en me désignant, dit : " Monsieur le président, je vous ferai remarquer que *M. le reporteur* a voté avec les médecins." Je me lève pour protester ; mais heureusement *M. le président* lui-même pouvait m'identifier. De sorte que l'incident s'est clos par un éclat de rire général.

Je résume en quelques mots l'opinion des membres de la " Société médicale " : presque tous regardent la construction de deux hôpitaux comme le projet idéal ; mais, puisqu'il faut compter avec la pauvreté de la ville, l'opinion générale est en faveur d'un seul hôpital, sous le contrôle absolu et indépendant de l'administration civique.

RHEAUME.

FORMULAIRE

NÉHRITE AIGUE.

par G. SÉE.

Régime lacté exclusif. 3 à 4 litres pendant 10 à 15 jours.

Diurétine.....	3 grammes.
Eau	120 —
Sirop de cinq racines.....	30 —

F. s. a. — Par cuillerées à bouche dans la journée.

Revue analytique

GLANES CANADIENNES

Bulletin médical de Québec (Fev. 1901)

Les injections de sel de mercure dans le traitement de la syphilis. — Le docteur LACERTE, de Lévis, rapporte une leçon du professeur Fournier recueillie à Paris.

Les injections hypodermiques seraient la seule méthode qu'assurerait l'absorption certaine et plus active du mercure et qui n'entrave en rien, ni les fonctions digestives, ni l'administrations d'autres médicaments.

Pour éviter certains inconvénients il faut s'en tenir à une bonne technique : la solution sera chimiquement pure et bien stérile ; la seringue bien stérilisée.

L'injection sera intra-musculaire et faite ou dans la fossette retro-trochantérienne, les lombes ou la fesse ; de préférence celle-ci en évitant la partie sur laquelle on s'assied et celle où logent le sciatique et les principaux vaisseaux. L'injection se fera en deux temps : ponction avec l'aiguille seule, et s'il vient du sang, recommencer ailleurs ; injection de la solution lentement. Pansement au collodion.

On emploie surtout le *sublimé* de 1/2 à 1 centigr. ; le peptonate de mercure ammonique (sol. de Delpech), 1 centigr. par gramme ; le cyanure de de mercure ; le benzoate de mercure (sol. de Gaucher : Benzoate de Hg, benzoate d'ammoniaque, 5 à 10 centigr., eau distillée, 50 centigr. : une dose.) le biiodure (huile stérilisée 10 grs., biiodure de Hg, 4 centigr. : dose, 2 grs.).

La douleur est presque inséparable de toutes ces injections, et celles-ci laissent des "noisettes" dans la fesse.

Cette méthode rend de réels services dans les cas pressés, après l'échec d'autres traitements ou quand l'estomac se rebelle, et comme traitement provisoire.

L'Union médical du Canada (fev. 1901)

Le professeur FOUCHER publie une communication faite en décembre 1900, à la Société médicale de Montréal, sur *L'obstruction nasale et ses conséquences.*

Sous diverses formes l'obstruction nasale est très commune, l'auteur ne s'occupe que des permanentes ; mentionnant seulement les désordres survenant par suite du gonflement du tissu érectile des voies nasales. Les affections chroniques sont surtout celles qui déterminent des obstructions permanentes et nuisibles par formation d'excroissances, de croûtes, de polypes. Les déviations de la cloison fournissent des éléments d'obstructions. Les obstructions dans les fosses nasales supérieures s'adressent plus directement à l'odorat et les obstructions inférieures à la respiration.

L'auteur insiste bien sur la nécessité d'un examen

complet des fosses nasales dans ces cas, examen direct antérieur et rhinoscopie postérieure. Cette dernière fait reconnaître la présence de tumeurs adénoïdes, des queues de cornet, les polypes, etc. Les influences atmosphériques — l'humidité — comptent par leurs effets sur les polypes, les tumeurs adénoïdes, les catarrhes, etc. Il rappelle le pouvoir phagocytaire des leucocytes du mucus nasal, et il explique les fonctions physiologiques du nez.

Les symptômes varient suivant le degré de l'obstruction : respiration difficile, gorge sèche, sommeil non réparateur, étourdissements, inaptitude au travail, mucosités pharyngiennes, sécrétion nasale parfois exagérée, reniflements désagréables et répétés, bruits de drapau. Voix épaisse, gutturale, nasonnée. Odorat altéré, parfois aussi le goût. — Thorax en cage de poule.

La sténose nasale retentit sur toutes les cavités qui sont tributaires du nez : sinus, canaux lacrymaux, oreille ; d'où troubles oculaires, auditifs, laryngiens, pharyngiens.

L'auteur fait ressortir l'influence des tumeurs adénoïdes.

Une hernie inguinale à double sac. — Le docteur MERCIER rapporte un cas de hernie inguinale avec deux sacs, exactement superposés l'un dans l'autre.

Caroncules de l'urètre. — Le docteur HARWOOD attire l'attention des praticiens sur l'importance de reconnaître les symptômes dus à la présence de caroncules de l'urètre chez la femme et de rechercher l'existence de ces tumeurs dans bien des troubles pelviens et vésicaux. Il conseille le galvano-cautère comme traitement de choix ; pour enlever toute sensibilité il suffirait d'appliquer pendant quelques minutes un tampon imbibé d'une solution de cocaïne à 5 %.

L'auteur signale la guérison, très prompte, de deux cas : chez l'une la caroncule atteignait la respectable grosseur d'un noyau de date et chez l'autre celle plus encore d'une grosseille.

Luxation du testicule. — Le docteur PARIZEAU, signale un cas de luxation du testicule gauche, — à la suite d'un ensevelissement d'un homme de 64 ans, sous un éboulis — à la surface inférieure moyenne du pénis. Le docteur opéra et rémis l'organe dans sa loge. L'organe ne présentait pas de réaction inflammatoire et ne subi pas d'atrophie.

Le diagnostic précoce des fièvres éruptives. — Le docteur E. BENOIT, reconnaît l'importance de faire le diagnostic précoce de ces maladies entre le moment de l'apparition du premier symptôme et celui de la sortie de l'éruption.

Dans la *scarlatine*, fièvre forte, pouls très rapide et plein, gonflement et rougeur très vive des amygdales, angine érythémateuse, langue framboisée, vomissements, abattement nerveux. Dans la *rougeole*, tous les

signes sont causés par le catarrhe oculo-naso-laryngé : coryza, larmolement, photophobie, toux fébrile, enrouement ; peu de fièvre et d'accélération du pouls ; rougeur modérée de la gorge, enduit pultacé des gencives et souvent taches de Koplik ; le docteur semble regarder la présence de ces dernières comme un des meilleurs signes pathognomoniques de la rougeole ; langue saburrale non framboisée.

Entre la *variole* et la *scarlatine maligne*, le diagnostic est parfois des plus difficiles.

L'auteur insiste alors sur la valeur de la congestion variolique des centres nerveux, céphalée, rachalgie, quelquefois paraplégie et troubles urinaires. Le pouls serait plein, rapide et dur, d'une dureté qui n'appartient qu'à la variole ; face vultueuse ; il y a une dyspnée intense très caractéristique avec sensation d'angoisse toute particulière que l'auscultation ne justifie pas.

La forme foudroyante de la scarlatine et la forme suffocante de la rougeole ne devront pas être oubliées. Les formes anormales des fièvres éruptives le sont surtout à la période d'éruption.

St. John Medical Society (nov. et Dec.)

Au cours d'une discussion sur le *furoncle* et l'*anthrax* la majorité des membres croient que le meilleur traitement pour l'*anthrax* est l'incision précoce suivie d'application d'acide carbolique pur. Le docteur R. McINTOSH suggère l'emploi de la papaine dans les furoncles et l'*anthrax*. Le docteur MOTT rappelle que l'on a conseillé la protonucléine localement.

Le docteur MEKES rapporte un cas d'*herpès zoster* de la cornée, qui a persisté plusieurs mois.

Le docteur G. ADDY présente un *néoplasme malin de l'orifice cardiaque*, découvert à l'autopsie. Pendant la vie, le malade n'avait eu ni douleur, ni symptômes pouvant faire soupçonner ce néoplasme ; il n'a présenté qu'un dépérissement général.

Maladie d'Hodgkin. — Le docteur J. P. McINERNEY lit un travail sur ce sujet et rapporte cinq cas : un homme de 34 ans avec ganglions cervicaux et axillaires énormes et pigmentation de la peau, surtout la surface dorsale des mains ; un homme chez qui les glandes retro-péritonéales et pelviennes seules furent envahies ; un homme dont les ganglions du médiastin comprimaient les gros vaisseaux, la trachée et les bronches. Le docteur INCHES rapporte un cas qui s'est terminé par la mort. Le docteur M. McLAREN signale le fait que la pigmentation reconnaît souvent pour cause l'arsenic ; il fait remarquer que les adénopathies peuvent renfermer un liquide clair, qui peut faire différencier d'avec la tuberculose,

Les docteurs WETMOSE et SKINNER relèvent trois cas de *tuberculose ganglionnaire généralisée*.

The Maritime Medical News (Jan.-fév.)

Le traitement des fractures, par le major H. S. PEEKE, d'Halifax. L'auteur tend à faire ressortir les avantages du traitement par la mobilisation et le massage. Jusqu'au sixième ou septième jour on se contente du massage centripète, puis on commence les mouvements passifs.

Dans les fractures de la rotule et de l'olécrane il faut prévenir par le massage et les mouvements l'adhérence du fragment supérieur à l'os sous jacent.

Les tumeurs adénoïdes, par le docteur W. PUTNAM, Yarmouth, N.-S. Il fait prendre l'anesthésie jusqu'à résolution, le malade est opéré sur le côté, l'opérateur ayant son index gauche dans le pharynx ; il fait usage des pinces de Knight, puis achève avec la curette de Gottstein et le malade est tourné sur le ventre pour laisser écouler le sang.

Etude sur cent-cinquante cas de maladies de la peau, par G. MELVIN, Saint-Jean, N.-B.

La fièvre typhoïde, par le docteur W. S. MUR. — Un long travail servant à ouvrir la discussion sur ce sujet à la Colchester County Medical Association et lu aussi à la section de la British Medical Association de la Nouvelle-Ecosse.

DIVERS

Société médicale de Québec (janvier) Le professeur L. J. A. Simard est élu président en remplacement du professeur Ahern, qui devient président honoraire. Les secrétaires conjoints sont le professeur R. Fortier, et le docteur A. Lessard.

Concerning the Causation of Cancerous and other New Growths. — (Contribution à l'étude de l'étiologie des cancers et autres néoplasmes). Tel est le titre d'un intéressant travail fait par le docteur Adami, professeur d'anatomie pathologique à l'université McGill — travail lu à The Yale Alumni Association, le 6 déc. 1900, dont la publication est commencée dans le Yale Medical Journal, mars 1901, et qui sera terminée dans le numéro d'avril. Nous analyserons ce travail plus tard.

Nous recevons la thèse de Paris de notre excellent ami monsieur le docteur Aphonse Mercier, qui a pour titre *La Sphygmomanométrie*. La semaine prochaine nous aurons le plaisir de donner une analyse de ce travail scientifique.

NIRE.

Lumbricoides donnant les symptômes de l'appendicite.

Catherine Arboré-Rally, dans les *Archives de médecine des enfants*, dit que les phénomènes causés par les *ascaris lumbricoïdes* dans l'intestin de l'enfant ont été

apparemment exagérés par les anciens auteurs. Cependant elle rapporte le cas d'un enfant chez qui des symptômes très graves furent causés par deux vers lumbricoïdes ; on pensa même pendant un certain temps qu'il fallait intervenir chirurgicalement.

Le patient était âgé de dix ans, et il fut malade pendant trois jours.

La maladie commença par une douleur dans l'abdomen avec de la constipation. En dernier lieu on avait donné une dose d'huile de ricin.

Le jour suivant la douleur devint plus intense, avec vomissement. Le troisième jour le pouls augmenta en fréquence, les vomissements devinrent inquiétants, et la douleur dans l'abdomen devint violente.

Le malade faisait du tympanisme, avec de l'hypéresthésie de la surface cutanée, et conséquemment la palpation était difficile. La sensibilité était particulièrement marquée au point de McBurney, où on sentait une résistance marquée ; cependant on ne pouvait localiser aucune tumeur.

Plus tard les symptômes devinrent si graves qu'on croyait à une péritonite généralisée ; on ne songeait plus à opérer.

On se contenta de donner un lavement de 600 grammes de sérum artificiel ; après cette injection le malade passa un ver lumbricoïde de 16 centimètres de longueur, et plus tard il en passa un second. Après ceci l'enfant paraissait mieux, les vomissements avaient cessé, et la douleur était devenue moins aiguë. Le jour suivant la fosse iliaque droite était encore sensible, l'abdomen était encore distendu, mais ces symptômes disparurent promptement après un grand lavement.

Le cas est regardé avec un intérêt spéciale par le fait qu'on croyait à une lésion abdominale grave, tandis qu'il n'y avait en cause qu'un parasite intestinal.

(Médecine)

RHÉAUME.

Traitement des ulcères de la jambe.

Le *New-York Med. Journal* fait mention d'un travail du Dr E. S. Levy, paru dans un numéro du *Wratch* sur le traitement des ulcères de la jambe.

L'auteur décrit le traitement des ulcères de la jambe du Dr Scheweninger, directeur du *Berlin Charité*.

Nussbaum, en 1873, fut le premier à recommander ce traitement, qui consistait en une incision de la peau, jusqu'au fascia sousjacent, autour de l'ulcère, à un demi-pouce environ de son bord. Cette plaie circulaire était ensuite soigneusement pactée de gaze pour en retarder la cicatrisation et faire l'hémostase.

Quelquefois pour hâter la guérison de l'ulcère, Nussbaum en rapprochait les bords au moyen de petites bandes de diachylon, telles que recommandées dans le procédé de greffe de Reverdin et par Boynton.

Scheweninger a quelque peu modifié cette méthode.

L'incision circulaire, pratiquée du reste à la même distance du bord de l'ulcère que dans la méthode de Nussbaum, ne pénètre que jusqu'au tissu sous-cutané. Cette plaie est alors pactée de gaze saturée de perchlorure de fer, maintenue en place deux ou trois jours.

Le traitement subséquent consiste dans le repos et l'application, souvent répétée, d'une lotion d'acétate de plomb.

Dès le second jour on note de l'amélioration ; la supuration est diminuée, elle est plus visqueuse ; les granulations saines apparaissent et s'étendent rapidement jusqu'au bords de l'ulcère. L'ulcère raptisse à mesure que la plaie circulaire guérit.

Encore quelques jours de plus, et une mince couche d'épithélium aura recouvert toute l'étendue de l'ulcère, qui va maintenant guérir complètement, pour présenter alors un tissu cicatriciel mobile, élastique, ferme et légèrement pigmenté.

Scheweninger prétend avoir guéri, par cette méthode, des ulcères de longue durée, que la greffe avait été impuissante à améliorer.

Cette méthode cependant ne mettrait pas toujours à l'abri des récidives.

Les résultats prompts et satisfaisants qu'elle donne la rend des plus recommandables.

Le patient peut reprendre ses occupations sous un bref délai.

L'auteur termine en rapportant l'histoire de trois cas d'ulcère de la jambe, qu'il a lui-même guéri par cette méthode.

DEROME.

Revue des journaux

MEDECINE

Trois cas de stomatite provoquée par des chenilles

M. Artault (soc. biol.) appelle stomatite érucique (de eruce, chenilles urticantes), une forme très caractéristique d'inflammation de la muqueuse buccale, lèvres, joues, gencives et palais, provoquée par l'ingestion de fruits qui se sont trouvés au contact de nids de *Liparis chrysoorrhœa*, et qui sont, par conséquent, plus ou moins saupoudrés des poils et des sécrétions desséchées et pulvérolentes des glandes cutanées des chenilles de ce papillon.

Cette forme de stomatite est caractérisée par la présence de plaques saillantes, siégeant en différents points de la muqueuse des lèvres tuméfiées, des gencives ou des joues, avec un pointillé de petites taches rouges, de la taille d'une pointe d'épingle à un grain de chènevis ; les plus grosses s'ulcèrent et ressemblent absolument à de

petits aphtes, mais contrairement aux aphtes et aussi à ce qu'on pourrait croire d'après l'action des chenilles de *Liparis* sur la peau, ces zones sont presque indolores et ne gênent pas la mastication.

Leur durée, sans traitement, est de quatre à cinq jours, la muqueuse des plaques se desquame et les ulcérations s'effacent sans laisser de traces. A aucun moment, il n'y a de symptômes généraux ni de retentissement ganglionnaire.

Cette stomatite bénigne s'observe surtout chez les enfants. L'auteur en cite trois cas ; elle survient naturellement après l'ingestion de fruits que les enfants puissent absorber entiers et non pelés, particulièrement de cerises et de groseilles. Aussi ne l'observe-t-on guère que pendant les mois de mai ou de juin dans nos pays, et dans les années sèches.

La stomatite érucique cède très facilement aux badigeonnages de teinture de myrtille, répétés trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

(Méd. Orientale.)

De la douleur des orteils dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

par M. GUNY.

D'après M. Guny, il peut apparaître dans la convalescence des pyrexies, particulièrement de la fièvre typhoïde, un symptôme tardif se manifestant par des crampes très douloureuses, des névralgies ou des accidents névralgiformes, avec ou sans sensation d'engourdissement siégeant ou prédominant sur les orteils.

Ces douleurs sont généralement bilatérales ; elles peuvent être localisées au début pour augmenter d'étendue et d'intensité, ou au contraire, atteindre d'emblée leur intensité maxima pour régresser secondairement.

Il semble qu'on doive les rattacher à une influence nerveuse, que celle-ci se fasse sentir directement sur les terminaisons des nerfs ou ne soit qu'une manifestation à distance d'une inflammation médullaire, ou encore prenne l'intermédiaire des vaisseaux du membre, en participant à la formation d'une artérite pariétale.

Si le pronostic en soi de la douleur des orteils n'offre aucune gravité, il doit cependant éveiller l'attention, car ce symptôme peut être le prélude de complications très graves, telles que la myélite aiguë ou la thrombose artérielle.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Nouveau traitement du vertige.

M. Urbantschitch (Soc. Impé. Roya. de méd.) expose un nouveau mode de traitement du vertige. Ayant remarqué que les sensations vertigineuses que détermi-

nent, même à l'état normal, les mouvements de rotation de la tête, sont d'autant plus longues à se produire que le sujet est plus habitué à exécuter ces mouvements, il a prescrit à plusieurs malades atteints de vertige de faire fréquemment de tels mouvements de rotation. Pour cela le patient, étant couché, tourne alternativement la tête à droite et à gauche ; il cesse dès que le vertige apparaît. Lorsque certains déplacements de la tête ou des yeux provoquent seuls la sensation vertigineuse, il faut les faire répéter à l'exclusion des autres. Au bout d'un certain temps, l'usage de ces manœuvres amènerait la disparition complète des troubles. L'auteur a pu guérir ainsi un malade dont le vertige, consécutif à la cure radicale d'une carie du rocher, reconnaissait vraisemblablement pour cause une lésion du canal semi-circulaire horizontal.

(Indep. méd.)

CHIRURGIE

Traitement de la cystite chronique par le gargarisme de l'urètre postérieur.

M. le Dr A. Montfort insiste, dans la *Gazette médicale de Nantes*, sur l'importance du traitement de l'urètre postérieur dans le traitement de la cystite chronique.

« Le traitement de la cystite chronique, dit-il, comporte une indication capitale, d'autant plus importante à remplir que le sujet est d'un âge plus avancé, et sans laquelle les soins les plus minutieux resteront impuissants ; nous voulons parler du traitement de l'urétrite postérieure presque fatalement liée à la cystite.

M. le professeur Guyon a, depuis longtemps, attiré l'attention sur l'importance de ce traitement trop souvent négligé et démontré la nécessité de ce qu'il appelle le « gargarisme de l'urètre postérieur. »

Dans deux cas récemment observés, nous avons pu juger des bons effets de cette méthode : il s'agissait de cystites jusque-là rebelles à tous les traitements. Du jour où les lavages de l'urètre postérieur furent méthodiquement pratiqués, nous pûmes noter une amélioration sensible dans l'état des malades, et la guérison fut complète au bout de peu de temps. La chose a de l'importance, car il n'est pas indifférent de laisser évoluer une lésion, dont le retentissement sur les reins et sur l'état général peut entraîner les graves conséquences que l'on connaît.

Ainsi que l'a dit M. Guyon, il n'y a pas de cystite sans urétrite postérieure.

Il suffit, pour s'en convaincre, de faire uriner un malade atteint de cystite rebelle.

Après un premier jet purulent, balayage de l'urètre profond, l'urine s'écoule moins trouble, pour redevenir

ensuite purulente lorsque la vessie achève de se vider : on a ainsi la preuve que l'urètre postérieur est infecté. Or, c'est là le cas le plus fréquent.

La disposition anatomique de l'urètre est, d'ailleurs éminemment favorable à cette localisation morbide et à sa persistance.

Les grands lavages pratiqués selon la méthode de Janet n'agissent pas assez énergiquement sur l'urètre postérieur ; le liquide ne passe pas dans cette région avec assez de pression pour en opérer un nettoyage suffisant. Ils sont, d'ailleurs impossibles à pratiquer lorsque le canal déformé dans son trajet prostatique offre à la colonne liquide une trop grande résistance ; ils sont contre indiqués chez les vieillards, dont ils fatiguent inutilement l'urètre et la vessie. Mais ils sont avantageusement remplacés par le gargarisme de l'urètre prostatique.

Cette opération est des plus simples : voici en quelques mots sa technique.

L'urètre antérieur ayant été préalablement lavé, on introduit une sonde jusque dans la vessie. La sonde en gomme coudée on non est la meilleure à employer dans ce cas ; elle devra être d'un numéro aussi élevé que possible et porter à son extrémité deux yeux assez larges et disposés de façon à permettre une bonne irrigation.

La vessie évacuée est remplie d'une petite quantité d'eau boriquée (40 à 50 grammes environ) et pendant que le liquide s'écoule, on retire peu à peu la sonde jusqu'à ce que l'écoulement s'arrête : on a ainsi la preuve qu'on est dans l'urètre postérieur.

Laisant la sonde à cette place, on injecte de l'eau boriquée en procédant par coups de piston, c'est-à-dire, en injectant peu de liquide à la fois, comme le recommande M. le professeur Guyon, et en veillant à ce que le liquide ne reflue pas le long de la sonde.

On a ainsi fait un bon lavage mécanique de l'urètre postérieur ; il ne reste plus qu'à enfoncer la sonde pour évacuer la vessie dans laquelle s'est accumulée l'eau du lavage. Cette manœuvre pourra être recommencée plusieurs fois dans la même séance. On termine par un lavage de la vessie.

Quant au liquide à employer pour ces lavages, on peut se servir de l'eau boriquée pour le lavage mécanique à coups de piston et ensuite d'un lavage topique lentement poussé au nitrate d'argent à 1 pour 1000 et parfois même à 1 pour 500.

(*Journ. de méd. et chir. prat. — Gaz. méd. belge.*)

OBSTETRIQUE

Symptômes, diagnostic, pronostic et traitement de la mole hydatiforme.

par M. le professeur BUDIN.

(Suite)

Quel est le pronostic ? Il porte sur l'enfant et sur la

mère. Pour l'enfant, le pronostic est extrêmement grave : je vous en ai déjà dit un mot ; ce n'est que dans des cas tout-à-fait exceptionnels qu'on a pu avoir un enfant vivant ; celui-ci meurt pour ainsi dire toujours. Pour la mère, le pronostic est grave. Les femmes ont des hémorragies très sérieuses ; d'après Hirtzmann, 13 % des femmes succombent, mais sa thèse a été faite à une époque où l'antisepsie n'était pas appliquée, aujourd'hui on intervient, on applique l'antisepsie rigoureuse, néanmoins les femmes succombent par suite d'hémorragies, et d'autres, mais moins souvent qu'autrefois, par suite d'infection.

Mais il y a de plus un élément de pronostic dont je dois vous entretenir, et je fais allusion au déciduome malin. Il est vrai que lorsqu'on cherche dans les antécédents des femmes atteintes de déciduome malin, on trouve la môle, de là quelques auteurs ont pensé que le déciduome est toujours ou presque toujours consécutif à la môle, c'est exagéré, je ne dis pas que ce ne soit pas possible, mais il ne faut pas dire que toutes les femmes qui ont un môle sont fatalement exposées à avoir un déciduome : j'ai vu des cas de môle datant de 5, 10 et 15 ans dans lesquels cependant le déciduome n'est pas apparu. Il sera sage de faire des réserves pour l'avenir, mais ne pas pronostiquer d'une façon certaine le déciduome.

Le traitement des affections se divise généralement en traitement prophylactique et traitement curatif. Eh bien, il n'y a pas de traitement prophylactique pour cette affection dont nous ne connaissons pas la cause ; on a dit qu'on avait remarqué son apparition à la suite de chute, de traumatisme, d'endométrite, etc., mais ces conditions sont tellement fréquentes qu'on se demande pourquoi la môle ne serait pas une maladie de chaque jour.

Mais ce qu'on doit traiter, ce qu'on trouve souvent c'est l'hémorragie : on met la femme au repos, on fait de l'antisepsie, rien n'arrête l'hémorragie qui quelquefois est extrêmement grave, on a recours au tamponnement qui a été très critiqué, mais lorsque la cavité vaginale est rendue aseptique et que les produits qu'on emploie sont aseptiques, il n'y a rien à craindre, on va au plus pressé.

Dans le cas cependant où on a reconnu l'existence de l'œuf, faut-il l'expulser ? Le professeur Depaully était opposé, car, dans certains cas, disait-il, on a vu l'enfant survivre. Mais dans le cas d'hémorragie que nous envisageons et qui vous fait intervenir, l'enfant meurt le plus souvent, et de plus on s'expose à perdre la mère, si on ne fait rien. Donc, presque tout le monde est d'avis qu'en présence d'une môle diagnostiquée, il faut provoquer l'expulsion de l'œuf ; on le fera d'ailleurs lorsqu'on verra la femme dans un état grave par suite de ces hémorragies et on aura raison.

Il y a alors une particularité qu'il faut que je vous signale. On a introduit la bougie, le ballon, les contrac-

tions utérines se produisent et cependant rien ne vient, on introduit le doigt et on ne sent rien : j'ai vu ce fait dans un cas ; M. Baré, M. Peyret ont vu la même chose. Les vésicules se trouvent au fond de l'utérus et lorsque l'on ne va pas à leur recherche pour les détacher, on ne sent rien. Cela arrive quelquefois.

Donc, on provoque l'accouchement, puis on nettoie la cavité utérine avec grand soin pour ne pas y laisser de vésicules qui peuvent s'infecter ou donner la crainte du développement ultérieur d'un déciduome. Faut-il employer la curette ? Le professeur Tarnier ne le voulait pas, il pensait qu'on risquait de perforer la paroi qui peut être altérée, envahie ; mais la femme étant profondément endormie, quand il s'est rendu compte de l'état de la paroi utérine, M. Peyret a employé la curette et près de son doigt, sous son doigt, il a enlevé les parties irrégulières, sans toucher aux parties minces et particulièrement à la partie mince qui était le siège du placenta, bien qu'elle fut irrégulière. Donc nettoyez l'utérus, faites le curage digital, et, dans le cas où vous croyez devoir vous servir de la curette, servez-vous en, mais en la faisant circuler sous votre doigt, nettoyez et enfin, après un écouvillonnage soigné, vous terminerez la toilette de l'utérus.

(*Indep. méd.*)

Recherches expérimentales concernant l'influence du chloroforme sur l'énergie des contractions utérines pendant l'accouchement physiologique.

par F. WESTERMARK.

L'opportunité de la narcose obstétricale est discutée : si ses partisans ne lui reconnaissent que des avantages et vont même jusqu'à prétendre qu'elle accroît la force des contractions, ses adversaires affirment, par contre, qu'elle ne donne que de mauvais résultats. M. Westermarck a cherché à résoudre expérimentalement cette question délicate.

Dans ses recherches — qui ont porté sur 14 femmes en travail, — il s'est servi d'un ballon de très petit volume qu'il introduisait dans l'utérus à côté de la poche des eaux, et qui était en relation avec un manomètre et un appareil enregistreur. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

L'anesthésie chloroformique complète diminue la fréquence des contractions et leur durée ; elle abaisse la pression intra-utérine pendant les douleurs, mais non dans leur intervalle ; le maximum de contraction est atteint plus rapidement sous l'influence du chloroforme.

L'anesthésie dite obstétricale produit à peu près les mêmes effets, mais à un moindre degré ; cependant, elle ne diminue pas la pression intra-utérine pendant la contraction, elle ne raccourcit guère la durée des douleurs et elle n'avance pas le moment où le maximum de con-

traction est atteint ; par contre, elle calme à un haut degré la souffrance. Elle a donc pour résultat de ralentir un peu l'accouchement, mais en le rendant beaucoup moins pénible.

Comme conclusion pratique, M. Westermarck conseille de n'employer l'anesthésie que pendant la période d'expulsion, et seulement dans les cas où les contractions sont particulièrement violentes et douloureuses.

(*Arch. f. Gynakol. — Méd. Orient.*)

HYGIÈNE.

Technique des désinfections en clientèle.

D'après M. le Dr J. THIÉNOT, d'Abbeville.

Dans toute maladie dont le germe est contagieux et de longue vitalité, prendre diverses sortes de mesures : des mesures préventives et des mesures de désinfection.

I. — MESURES PRÉVENTIVES. — Dès que la maladie est reconnue, il y a lieu de tenir éloignée du malade toute autre personne que la mère, la garde-malade et le médecin.

Ces personnes en entrant dans la pièce revêtiront des blouses ou, à défaut de blouse, un vêtement spécial, un grand pardessus, un grand tablier, etc.

En sortant on quittera la blouse, on se lavera les mains au sublimé, la figure avec de l'eau étendue de li-térol ou d'eau de Cologne dans la proportion de 1 p. 100. On emploiera même un peu de sublimé au millième, si l'on a reçu quelque éclaboussure ou débris de membrane au moment de l'examen de la gorge.

Bien souvent, lorsque la maladie est déclarée sérieuse et contagieuse, l'enfant occupe une chambre commune avec d'autres personnes, ou une chambrette petite et mal aérée. Il faut de suite se décider à installer le petit malade dans une pièce vaste, bien ensoleillée, qui doit être dépouillée de tous les meubles et objets inutiles ou luxueux et principalement de tableaux, objets dorés ou argentés, tapis, grands rideaux, etc., car il faut, dès ce moment, chercher à rendre moins compliqué possible le travail de désinfection.

Ayant donc dénudé la chambre, on fait placer le lit à l'abri des courants d'air, mais bien dans le jour de la fenêtre. Un linoléum est étendu auprès d'une table de toilette bien garnie en cuvettes, brocs, savons antiseptiques, etc. Comme meubles on ne remarque qu'un vaste fauteuil pour la garde et une petite table.

Aussitôt, et sans attendre la fin de la maladie, on doit procéder à la désinfection de la pièce qu'occupait antérieurement l'enfant, et des linges, vêtements et jou-joux qui viennent de lui servir les jours précédents.

Pour désinfecter le linge dans tout le cours de la maladie on prendra la précaution de le laisser séjourner

pendant 12 heures environ dans un baquet contenant un bon antiseptique.

Un des meilleurs sera ainsi formulé :

Eau..... Un litre.
Bichlorure de mercure..... 60 gr.
Acide tartrique..... 100 gr.

pour faire 60 litres.

Le sublimé au millième, ainsi employé, n'altère pas le linge, et lorsque le linge a été retiré et tordu au-dessus du baquet, l'antiseptique peut resservir de nouveau, pourvu qu'on le rende plus actif par l'adjonction de 4 à 5 grammes de bichlorure de mercure, en pastilles ou en paquets.

Tous les objets en métal ou colorés que le sublimé ternirait seront traités par l'acide phénique à 5 p. 100.

Les cuillers, les abaisse langue, les timbales seront flambées avec un peu d'alcool.

Les vêtements pourront être envoyés chez les teinturiers qui disposent d'étuves, ou plus simplement on les étalera, sans les presser sur des porte-manteaux, puis on fera brûler dans l'armoire une lampe formogène Hélios, Trillat ou autre. Avec ces lampes on n'a pas à craindre d'incendie, et on peut y laisser se volatiliser en toute sécurité 4 à 5 pastilles de formol. La quantité de pastilles sera en rapport avec le cubage de l'armoire, et la stérilisation sera parfaite si on laisse longtemps les vêtements au contact des vapeurs de formol que la lampe à dégagées.

En veillant à ce qu'aucun objet ne sorte de la chambre occupée par le malade sans être immédiatement désinfecté par le bain de sublimé au millième, ou par l'acide phénique à 5 p 100, le flambage ou les vapeurs de formol, on circonscrit le foyer de l'infection possible à une seule pièce, et on facilite beaucoup le travail de la désinfection, qui est souvent difficile et délicat, quand il doit s'étendre à toute une maison.

(à suivre)

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LE MÉTÉORISME INTESTINAL CHEZ
LES ENFANTS.

(M. FREZBERGER.)

Sulfo-phénate de soude..... 0 g. 25 à 0 g. 50.
Sirop d'écorces d'orang. amères. 5 grammes.
Eau distillée de menthe poivrée. 25 —

Nélez. — Faire prendre quotidiennement 3 cuillerées à café, pendant deux jours consécutifs.

(J. de méd. de Paris.)

ETUDES ET CROQUIS.

Nourrice.

Le docteur Lobau faisait ses visites de bonne heure. La simplicité de son costume noir et de son maintien, l'austérité douce de son visage disaient sa vie moleste, toute de labeur et de dévouement. Depuis qu'il avait perdu sa femme et sa petite fille, vieilli soudain de dix ans, il avait abandonné sa clientèle riche, s'était fait, dans un quartier ouvrier, le médecin des pauvres, la providence des enfants malades.

Il montait l'escalier des Vilcart, auxquels, parmi les rares clients qu'il avait gardés d'autrefois, de vieilles relations de famille le liaient. Les Vilcart, de leur côté, tenaient à lui, par bons rapports et par économie.

Sur le palier du quatrième, un fournisseur grommelant, sa facture en main, lui barrait la porte :

— Voilà la troisième fois que je reviens ! disait cet homme.

— Monsieur n'est pas là répondait obstinément la servante.

Le docteur entra. Dans l'antichambre, un garçon bleu du *Bon Marché* déballait un gros paquet, coupons de soie, cartons, copeaux soyeux de parfumerie. Les fenêtres étaient ouvertes, les parquets nus : une femme de ménage nettoyait. M. Lobeau, introduit dans le salon sans feu, vit fuir, les mains protégées de gants de soirée sales, et armées d'un plumeau à étagères, Mme Le Grondin, mère de la jeune Mme Vilcart.

Intérieurs parisiens, dépense, gêne, simi-luxe, combien en avait-il surpris de pareils, dans ses tournées matinales ! Rien qu'à regarder le salon, avec ses boiserie dorées en carton-pâte, le faux chic de ses meubles, le coton-soie des tentures, l'inutilité de ses petits paravents de peluche, bibelots, nids à poussière, il retrouvait le jeune ménage égoïste et frivole, pas méchant, avide de jouissance facile, auxquels maigres appointements du mari, employé, ne suffisaient pas, et pour qui l'espoir prochain d'un petit ou d'une petite Vilcart était un accident plutôt qu'une joie.

Céline Vilcart, parut, en robe de chambre, très élégante ; derrière elle, son mari, joli garçon, fier de sa raie irréprochable et de ses moustaches en croc, jaquette ajustée, gestes appris. Céline avait le visage un peu bouffi, la démarche lourde, l'air ennuyé ; mais elle sourit coquette, au bon docteur Lobeau, d'un sourire charmant qui lui affinait soudain le bas du visage, et qu'elle accrochait ou décrochait, comme un masque.

— Voyons, rien de grave, avec cette mine ?

— Un petit refroidissement, docteur.

— Une imprudence, dit Vilcart, elle a voulu aller en soirée avant-hier.

M. Lobau eut un sourire, un pâle et fugitif sourire. Comme c'était bien ça, et toujours la même chose ! L'horreur de se priver en rien, l'effroi du sacrifice le plus minime : aucun souci de l'enfant à naître,

— Mais non, dit très vite la jeune femme, c'est en revenant du *Bon Marché*.

— Ce n'est guère plus raisonnable, dit malicieusement le docteur.

Et ayant, avec le plus grand soin, ausculté Mme Vilcart, nerveuse il déclara :

— Ce ne sera rien, pour cette fois...

Et libella une ordonnance. Puis, il la lut tout haut, posément.

Alors, après un silence un peu embarrassé, M. Vilcart dit :

— N'est-ce pas, docteur, vous ne jugez pas que Cécile soit en état de nourrir ? Il nous faudra, dans deux mois, nous occuper d'une nourrice et nous comptons sur vous.

— Comment ! se récria M. Lobau.

Et une ombre pénible passa sur son visage. Ah ! oui, il s'en doutait bien et d'avance il l'eût juré : monsieur ne veut pas avoir pour femme une nourrice ; madame n'entend pas s'infliger la fatigue et les soins de l'allaitement, tous deux renoncer à sortir, visites, diners, billets de faveur.

— Comment ! s'exclama-t-il, avec une santé pareille !

Ce fut aux Vilcart de protester. Céline toussa, soudain dolente ; son mari la regarda avec inquiétude :

— Oh ! mon bon docteur ! Céline est frêle, au fond !

— Je suis si nerveuse, docteur ! je sens que je n'aurai pas de lait.

Leurs voix se confondaient, en un murmure de révolte affligé et suppliant.

— C'est vrai, madame, il y a des femmes plus robustes que vous ; mais, fussiez-vous plus délicate encore votre devoir, permettez-moi de vous le dire, serait de nourrir quand même, d'essayer tout au moins.

— Mais, docteur, ça m'enlaidira.

— Quelle erreur, madame ! Si je pouvais vous montrer tous les exemples de femmes fortifiées, embellies par la maternité complète, et, en regard, tous les inconvénients, tous les dangers auxquels vous vous exposez en refusant de remplir votre devoir maternel ! Car ce dont votre enfant aura besoin, c'est de *votre* lait ; c'est *votre* lait qu'il lui faudra, et non celui d'une mercenaire.

— Mais, docteur, une belle nounou...

Les Vilcart voyaient une grasse et grosse femme à jupes amples, à corsage débordant, au bonnet orné d'immenses rubans cramoisis.

— Madame, riposta M. Lobau, le lait d'une étrangère ne vaudra jamais le vôtre. Sachez, c'est l'opinion de mon maître, M. Pinard, que quatre-vingt-dix-neuf femmes sur cent peuvent nourrir. A quels risques, à quelles tares, à quelle infection secrète vous pouvez exposer votre enfant ! Pour vous même, quel tracass, quels énervements...

— A qui le dites-vous ? dit M. Vilcart ; il nous faudra déménager.

— Mais non, interrompit sèchement Céline, la nounou et bébé tiendraient très bien dans mon cabinet de toilette.

Le docteur Lobau fit la moue : pourquoi pas dans un placard ?

— Ecoutez, mes amis, laissez-moi vous parler franchement, comme nos relations durables m'en donnent le droit. J'ai connu et aimé votre père, dit-il au jeune homme, je ne suis donc pas un étranger pour vous ?

— Oh ! docteur ! firent-ils ensemble.

— Ne m'en veuillez donc pas si la vérité vous choque. Eh bien ! madame, vous pouvez nourrir ; croyez-moi, ne vous privez pas d'un bonheur que vous ne soupçonnez point. Je vous étonne ? Oui, d'un bonheur d'une allégresse incomparable qui paiera, et au centuple, la fatigue, l'ennui, les gerçures douloureuses, les bobos cruels que vous fera votre petit. Vous sentirez qu'à chaque minute vous lui donnez la vie, vous l'en aimerez bien davantage, vous serez heureuse et fière, et vous me remercerez.

Les Vilcart, touchés pourtant — pas méchants, non, mais habitués à penser à eux, d'abord, — ne paraissaient qu'à demi convaincus.

— Et puis, dit le docteur Lobau avec gravité, il y a une autre raison qui doit vous déterminer, c'est celle-ci : Le lait que vous achetez d'une nourrice, vous l'enlevez à l'enfant de celle-ci. Savez-vous qu'une fois sur deux il meurt, faute de ce lait qui lui appartient et que vous lui dérobez, je n'ose dire que vous lui... volez ?

— Docteur ! ce fut le cri de la mère.

Mme Vilcart tendait les mains bouleversées.

— Vous exagérez ! fit M. Vilcart contrarié.

— Non, fit M. Lobau fermement, je n'exagère pas. Savez-vous à combien s'élève la mortalité dans certains départements qui se livrent à l'industrie nourricière ? A 50 %. Dans les meilleurs, à 40 %, les pires 70 %. En un siècle on a calculé que, consciemment ou inconsciemment, les nourrices, à elles seules, précipitent plus de dix-sept millions de petites existences dans le néant. Et on se plaint de la dépopulation !

Le docteur s'était levé :

— Madame, ce qu'il faudrait crier à toutes les femmes de France, c'est : "Ayez des enfants et nourrissez-les."

Il ajouta doucement :

— Vous réfléchirez.

Céline et son mari se regardèrent, émus ; un mauvais combat se livrait en eux : l'égoïsme, la frivolité, la coquetterie, le goût du plaisir ; et, d'autre part, le sentiment obscur de la responsabilité, l'injonction sourde, impérieuse, du devoir. Puis, d'un même élan, tous deux :

— Eh bien ! oui. Si Céline...

— Je nourrirai, docteur, je vous le promets.

Et le docteur Lobau descendit l'escalier, moins triste.

PAUL et VICTOR MARGUERITE.

Travaux Originaux

LES POLYPES DE L'UTÉRUS.

Clinique de M. le professeur TILLAUX. (1)

Les polypes de l'utérus sont muqueux ou fibreux. Les polypes muqueux siègent toujours au niveau du col et sont développés au dépens de la muqueuse du col. Leur volume est plus ou moins gros : un grain de raisin jusqu'à une mandarine.

Ce polype est pédiculé ; couleur framboise, rougeâtre ; à moins de subir déjà un commencement de fascelle alors il est blanchâtre. D'ordinaire ces petits polypes sont d'aucun inconvénient pour la malade ; ils peuvent aussi être le point de départ de métrorrhagies graves pouvant même compromettre la vie de la malade.

Les polypes fibreux se développent et dans le corps et dans le col utérin. Ces polypes fibreux sont moins communs dans le col que dans le corps.

Il y a deux espèces de polypes bien distinctes : les polypes vrais et les polypes faux. Le polype faux n'est pas un polype dans une grande partie de son existence, mais plus tard peut devenir un véritable polype.

Le polype fibreux implanté au fond de l'utérus est un polype qui demande une intervention spéciale qui quelquefois peut être suivie de conséquences graves. Ce polype est primitivement pédiculé, on y trouve du tissu fibreux. Polype en battant de cloche.

Le faux polype est un fibro-myxome utérin interstitiel. C'est un vrai corps fibreux qui se développe dans le corps utérin et s'engage dans la cavité utérine et vient peu à peu à faire saillie à l'orifice du col : il est alors pédiculé, mais ce pédicule n'est guère constitué que par la muqueuse utérine. Quelquefois par une ponte spontanée, la malade accouche de son fibro-myxome. On n'a jamais vu cela dans le polype muqueux vrai.

Il n'y a en réalité que deux espèces de polypes, le polype muqueux et le polype fibreux primitivement pédiculé.

Les polypes faux peuvent subir différentes étapes. L'étape intra-utérine, durant laquelle il s'engage dans la cavité, jusqu'à l'occuper entièrement. Il grossit suffisamment pour se présenter à l'orifice du col, surtout au moment des règles — il est alors *intermittent* — il rentre après les règles. Comme la tête d'un fœtus à l'orifice ex-

terne du vagin après avoir buté plusieurs fois ; sorti un peu et rentré, il finit par devenir franchement vaginal après avoir franchi l'orifice du col ; c'est l'étape vaginale. Enfin on peut avoir l'étape *extra vaginale*, si la descente continue à se faire, ça sera l'étape vulvaire.

Le polype fibreux vrai peut suivre la même marche de développement.

On peut avoir un polype adhérent au fond de l'utérus, et remplissant toute la cavité, mais libre partout excepté au point d'implantation ; on peut avec une pince saisir le polype et lui faire faire un mouvement de torsion. Ce polype peut continuer à descendre, franchir le col et entraîner dans sa descente l'utérus ; on a alors une inversion utérine.

Alors on a affaire à une masse globuleuse homogène ; il est très difficile à différencier entre tumeur et utérus. Mais un moyen de diagnostic c'est de faire des piqûres dans la masse, tant qu'on pique dans la masse fibreuse ou polypeuse on ne détermine aucune douleur, mais dès qu'on pique l'utérus on éveille des douleurs assez grandes. C'est là un moyen pour différencier la masse à enlever de l'utérus qu'il faut respecter.

Revue analytique

La sphygmomanométrie.

par le Dr ALPHONSE MERCIER, de Montréal.

(Thèse de Paris, 1900.)

Notre compatriote dans cette excellente thèse, conclut ainsi : 1° Au point de vue du diagnostic et du pronostic, la recherche de l'état de la pression artérielle peut dans nombre de maladies donner les plus utiles renseignements. 2° La faiblesse de la pression artérielle semble être un caractère constant et précoce de la tuberculose pulmonaire commençante. 3° En clinique le sphygmomanomètre de M. le professeur Potain est de tous les appareils destinés à mesurer la pression artérielle le plus pratique et le plus exact.

L'auteur divise sa thèse en trois parties : dans une première il étudie d'une façon scientifique les notions de physiologie sur la pression sanguine. Nous ne le suivrons pas dans cet exposé ; disons seulement que " la pression sanguine est sujette à de nombreuses variations et se modifie avec le volume de l'ondée ventriculaire, l'énergie des contractions cardiaques, les phases de la respiration et surtout avec l'état de contraction ou de dilatation des petites artères, des artères à type musculaire. Si les petits vaisseaux se relâchent, le sang s'écoule plus aisément

(1) Notes recueillies à l'hôpital de la Charité, par M. le Dr W. J. Derome.

des grosses et moyennes artères dans les capillaires et la pression baisse ; s'il se contractent, la progression du sang se fait plus difficilement, et la tension augmente. La pression artérielle et la largeur des voies d'écoulement se trouvent ainsi dans un rapport inverse, l'une s'élevant quand l'autre diminue et réciproquement."

Une seconde partie traite de la mesure de la pression artérielle, et après avoir étudié différents appareils, l'auteur recommande comme étant le meilleur le sphygmomanométrie de monsieur le professeur Potain.

Finalement dans un troisième chapitre, nous apprenons l'importance clinique de l'instrument. En première nous devons placer son utilité dans le diagnostic précoce de *tuberculose pulmonaire* : dans cette maladie il y a toujours un abaissement notable de la tension sanguine ; tout le monde est d'accord sur ce point.

Dans l'*éclampsie puerpérale*, pendant l'accès, la pression est toujours supérieure à la normale, 16, oscillant entre 24 et 28, ne descendant jamais au-dessous de 21. Lorsque les accès disparaissent et ne sont pas seulement suspendus, la pression tombe rapidement à la normale. L'élévation de la tension précède aussi les attaques, de quelques jours parfois. Au cours de la *grossesse*, la pression ne se modifie que peu jusqu'au début du travail ; alors la tension monte graduellement à 19, 21, 23 ; cette hypertension se maintient quelque temps après l'accouchement et ne disparaît tout-à fait que vers le huitième jour.

Dans l'*artério-sclérose* la pression augmente et devient persistante ; il en est ainsi de la *néphrite interstitielle* et cette tension augmentée apparaissant au début devient d'une utilité précieuse.

Dans l'*insuffisance aortique* monsieur Potain a prouvé que dans la forme pure, la pression, au lieu d'être diminuée, oscillait entre 16 et 25, et que dans la forme compliquée d'autres altérations valvulaires, elle était toujours un peu au-dessous de la normale. Il s'en suit des indications frappantes dans l'usage de la digitale.

Au point de vue du *pronostic*, l'étude de la pression artérielle donne des renseignements précieux. Dans la *pneumonie* quand la tension descend à 9 et au-dessous, même en l'absence de tout autre signe ayant une signification fâcheuse, on devra toujours redouter une issue funeste. Nous avons vu son importance dans l'*éclampsie*.

Voilà en peu de mots, un résumé bien imparfait des principales choses de cette thèse instructive.

M. T. B.

Revue des journaux

MEDECINE

Du rôle du plexus renal dans la pathogenie de l'œdème brightique et de quelques symptômes des néphrites.

par M. SÉMERIL.

Il est, dans la pathogenie des divers symptômes des

néphrites, un facteur dont il n'a pas été jusqu'ici tenu assez compte et que M. Klippel a signalé : c'est l'action des nerfs rénaux participant au processus morbide du parenchyme rénal.

M. Sémeril, élève de Klippel, en reprend l'étude. Il est établi, en effet, en pathologie, que les nerfs d'un organe participent aux maladies de cet organe, et que cette participation donne lieu en clinique à certains symptômes.

L'irritation des nerfs rénaux est prouvée par l'examen histologique qui démontre l'existence de lésions dégénératives ou simplement irritatives des fibres nerveuses.

L'œdème rénal, bien qu'étant de nature dyscrasique est aussi un œdème nerveux réflexe : les cas d'hémianasarques consécutifs à des néphrites traumatiques en fournissent une preuve indiscutable. Cette action nerveuse permet seule d'expliquer le caractère de mobilité et les localisations de l'œdème sur un côté du corps ou une région spéciale, comme on l'observe parfois dans les néphrites.

Cette action nerveuse consiste en une action réflexe sur les centres vaso-moteurs.

Ce fait d'œdème réflexe n'est pas particulier au rein ; on a observé des cas où le point de départ du réflexe producteur de l'œdème était les nerfs pleuro-pulmonaires et le plexus nerveux utérin.

La même irritation nerveuse peut expliquer encore par voie réflexe, les douleurs lombaires et la pollakiurie des brightiques ; elle intervient aussi dans la pathogenie de la polyurie et dans celle de la glycosurie intermittente ; peut-être, enfin, peut-on lui imputer certains cas de mort subite survenant au cours de la maladie de Bright.

En regard des symptômes précédents, qui relèvent en tout ou en partie de l'action nerveuse, il convient de placer ceux qui sont manifestement le résultat de l'intoxication urémique. En première ligne se placent les troubles nerveux sous quelque forme qu'ils se présentent : convulsions, délire, coma, les troubles oculaires et auditifs, la dyspnée bulbaire d'origine toxique et enfin les troubles gastro-intestinaux. Il faut remarquer que l'action nerveuse peut cependant intervenir au début, en produisant des poussées congestives vers les centres nerveux, les poumons ou l'appareil digestif.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

CHIRURGIE

Retrecissements larges et uretrites chroniques

par M. GRANEL (Th. de Paris.)

M. Granel pense que toutes les fois qu'on se trouve

en présence d'une urétrite invétérée, rebelle à la thérapeutique ordinaire, il faut rechercher le rétrécissement large.

L'urétrite chronique est fréquemment sous la dépendance du rétrécissement large ; celui-ci entretient dans son voisinage, en avant et en arrière, une zone d'hyperhémie favorable à la persistance des lésions.

Sur les lésions d'urétrite postérieure peut venir se greffer l'infection tuberculeuse.

L'endoscope nous permet de constater que les lésions d'urétrite chronique peuvent siéger en un point quelconque de la muqueuse urétrale et non pas forcément aux points classiques.

La thérapeutique sera surtout dirigée contre le rétrécissement ; le traitement de choix est la dilatation poussée jusqu'à ses plus hautes limites.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

La tuberculose testiculaire.

par M. MALINSKY (Th. de Paris).

Pour M. Malinsky, la tuberculose du testicule est toujours associée à d'autres lésions bacillaires de l'appareil génital.

La tuberculose génitale se localise primitivement sur la prostate et les vésicules séminales.

Les lésions tuberculeuses se propagent au testicule par la voie différentielle.

La région prostatovésiculaire reçoit le bacille de Koch par la voie sanguine ; pourtant, d'autres voies sont également possibles, mais beaucoup moins fréquentes : voies rénale, lymphatique, rectale et péritonéale.

La castration est devenue une opération exceptionnelle ; elle est remplacée par les opérations conservatrices, parmi lesquelles l'épididymectomie pratiquée seule ou jointe à la déférentectomie et même à la vésiculectomie doit être considérée comme opération de choix.

Traitement des tumeurs malignes par le sérum anticellulaire de Wlaëff.

par M. Reynier (Soc. de chir.)

M. Wlaëff, de Saint-Petersbourg, dans une de nos dernières séances a présenté un malade atteint de cancer de la langue qu'il a traité par un sérum particulier, obtenu par lui en inoculant des oiseaux avec des blastomycètes pathogènes, cellules de levures isolées des tumeurs cancéreuses de l'homme.

Sous l'influence des injections de Wlaëff, l'état général du malade s'est incontestablement amélioré.

Je vous ai, d'autre part, présenté moi-même une autre malade atteinte de tumeur du sein qui, sous l'influence du même sérum, a vu son état général tellement s'améliorer qu'elle avait augmenté de huit livres. Sa tumeur avait diminué et elle avait pris un aspect si bénin que quelques uns d'entre vous pensaient à une tumeur bénigne. Or, je l'ai opérée et l'examen histologique de la tumeur fait par MM. Josué et Wlaëff et contrôlé par MM. Cornil, Letulle et Brault, a fait diagnostiquer par tous : épithéliome cylindrique ; je vous présente, d'ailleurs, le dessin d'une des coupes.

Mais si j'ai opéré cette malade, c'est que, là encore, la tumeur avait persisté, malgré le bénéfice considérable que, comme dans le premier cas, elle avait tiré de ces injections.

Le sérum que préconise M. Wlaëff a donc une action évidente sur les néoplasmes — et j'en pourrais citer bien d'autres exemples — mais cette action n'est pas radicale, et, de plus, elle n'est pas durable ; dès qu'on cesse les injections, on voit le mal, qui, pendant les injections, a subi un temps d'arrêt, reprendre sa marche et les malades finissent par succomber.

Ce n'est pas là la guérison, me dira-t-on ; ceci est vrai ; toutefois, il ne faudrait pas, jusqu'à nouvel ordre, en conclure contre la valeur des injections.

Lorsque dans la syphilis, maladie infectieuse, vous faites disparaître au début avec le traitement mercuriel, les douleurs ostéocopes, la syphilis continue néanmoins à évoluer, et cependant vous n'accusez pas le médicament vous ne désespérez pas du traitement, que vous continuerez pendant de longues années.

Si nous admettons que le cancer est une maladie infectieuse, comme la syphilis, nous pouvons donc bien admettre que le traitement sera long. Demander, rêver une médication qui puisse guérir en quelques jours, faire disparaître des tumeurs, déjà anciennes, accompagnées de lésions ganglionnaires indiquant le début d'une généralisation, c'est vraiment une conception peu scientifique, c'est sembler ignorer la marche et l'évolution des infections. Ne faut-il pas, pour la syphilis, la tuberculose, que l'acte opératoire intervienne souvent pour faciliter l'action de la thérapeutique interne ? Pour le cancer, il en est de même. Personne, M. Wlaëff tout le premier, ne peut rêver par aucun sérum supprimer l'acte opératoire. Cela n'a jamais été sa pensée, et ce n'est pas cela que nous devons demander.

Quoi qu'il en soit, laissant de côté toutes les théories, je considère que M. Wlaëff, en nous faisant connaître son sérum, nous a rendu un service.

(Ind. méd.)

OBSTETRIQUE

L'assistance des femmes en couche à domicile.

Dans une remarquable leçon, M. le professeur Budin a exposé les efforts qui ont été faits par l'assistance publique de Paris pour assister les femmes en couche.

Si l'assistance à fait beaucoup il lui reste encore à faire. Parmi les *desiderata* les plus faciles à réaliser immédiatement il en est un sur lequel il importe d'insister pour éviter le retour des affaires du genre La-porte.

« Lorsque des accouchements laborieux surviennent chez des femmes pauvres de la ville et qu'une opération est nécessaire, quelle conduite peut-on tenir ? Evidemment, dans beaucoup de cas, le mieux est de transporter ces malades à l'hôpital où l'accoucheur aura des aides à sa disposition et sera mieux outillé, où, de plus, tous les soins nécessaires pourront être donnés pendant la période si dangereuse alors des suites de couches.

Mais il est un certain nombre de femmes qui se refusent de quitter leur domicile, à abandonner leur mari et leurs enfants ; de plus, quelquefois, il faut intervenir d'urgence, pour les délivrer artificiellement par exemple.

Il n'existe pas à Paris d'organisation spéciale qui permette de leur porter rapidement secours dans ces circonstances. Dans quelques villes étrangères, il y a des services installés dans ce but et un assistant va pratiquer à domicile les opérations d'urgence.

A Milan, par exemple, il existe une "Guardia" à laquelle sont attachés plusieurs médecins de la ville qui sont de garde tour à tour et se rendent au premier appel qui leur est adressé. On pourrait faire de même à Paris et organiser deux services : un sur la rive droite et l'autre sur la rive gauche.

Pour ma part, il me serait facile d'avoir ici des aides très instruits, qui, assistés par un ou deux médecins ou étudiants, se rendraient chez les parturientes pauvres pour les opérer dans les cas difficiles.

Les femmes qui doivent être assistées par le Bureau de bienfaisance ne sont généralement examinées par personne pendant leur grossesse. Si, durant les derniers mois de la gestation, elles étaient vues par un médecin, il pourrait reconnaître la présence de l'albumine dans l'urine, l'existence d'un rétrécissement du bassin, d'une présentation vicieuse, etc. Ces constatations ayant été faites, on pourrait donner des conseils utiles, ou prendre les mesures nécessaires pour éviter l'apparition de graves complications au moment de l'accouchement.

Comme le dit fort bien M. Budin, il reste encore des lacunes à combler ; parmi celles-ci l'institution d'une *guardia* est la plus urgente et la plus facile à réaliser de suite.

(J. de méd. de Paris.)

HYGIENE.

Technique des désinfections en clientèle.

D'après M. le Dr J. THIÉNOT, d'Abbeville.

(Suite.)

II. — MESURE DE DÉSINFECTION PRIVÉE. — La désinfection de la chambre du malade n'est pas chose bien difficile ; ce qui est plus délicat, c'est de désinfecter toute une maison et particulièrement les cuisines, les escaliers, les salons,

Pour désinfecter une chambre, on se servait autrefois d'un canon de soufre, que l'on faisait brûler dans une marmite de fonte. Le soufre, en brûlant, dégage de grandes quantités d'acide sulfureux, qui est excellent pour détruire les êtres animés, insectes, mouches, etc., mais n'est pas suffisant pour donner toute sécurité en présence d'un microbe aussi résistant que celui de Klebs-Lœffler. De plus, le soufre, en brûlant, éclate, et les morceaux enflammés peuvent provoquer un incendie, alors que personne ne peut pénétrer en raison de la fumée suffocante.

Aujourd'hui, la désinfection se fait très facilement et en toute sécurité avec une lampe formogène, dans laquelle on introduit un nombre de pastilles de formol suffisant.

Cependant, pour peu que la chambre à désinfecter soit grande, comme il faut mettre autant de pastilles de formol qu'il y a de mètres cubes d'air, la lampe se trouve trop petite pour en faire brûler suffisamment. De plus, les inventeurs de lampes à formaldéhyde ont établi leurs modèles pour assainir seulement les pièces, en y dégageant assez peu de formol, et si l'on brûlait une quantité suffisante de pastilles pour obtenir une désinfection réelle, cette opération nécessiterait beaucoup de temps et de boîtes de pastilles formolées à 5 francs pièce.

Il est donc bien plus simple et plus économique, lorsqu'il s'agit de désinfecter une pièce de 100 à 150 mètres cubes d'air, de faire évaporer à siccité, soit 100 à 150 grammes de formaldéhyde, soit 300 à 400 grammes de formol du commerce à 40 p. 100. La désinfection se fera en peu de temps et sans lampe ni instrumentation spéciale ; il suffira de disposer d'un bon réchaud à gaz, à pétrole, ou même à alcool, et de faire bouillir le formol dans une grande casserole. Il faudrait bien se garder, en effet, de mettre la formaldéhyde pure dans un récipient trop petit, car, pendant l'ébullition, si le liquide débordait, il s'enflammerait aussitôt.

Pour être tout à fait en sécurité, lorsqu'on abandonne le formol bouillant dans une pièce encombrée de meubles et dont les fenêtres et portes sont hermétiquement closes, il y a lieu, par précaution, de placer le récipient en fer blanc ou en émail à demi rempli de formol dans une casserole ou chaudron assez grand plein de sable. Ainsi le liquide inflammable est chauffé au bain-

marie, et s'il s'enflamme et déborde, il reste dans le sable, sans provoquer d'incendie.

Le formol est un désinfectant très avantageux, car en se transformant en vapeurs, il produit une quantité considérable d'un gaz très pénétrant, dont les vapeurs arrêtent les germinations microbiennes.

De l'avis des bactériologistes, cet antiseptique est très puissant et très diffusible, il pénètre dans les livres, les armoires et les recoins où les pulvérisateurs n'auraient pas d'action.

De plus, son odeur piquante et âcre toute spéciale permet de s'assurer qu'il est présent en quantité plus ou moins grande et d'apprécier ainsi sa présence,

Outre les gaz, nous pouvons employer les vapeurs chaudes antiseptiques. Il suffit de faire bouillir dans une chaudière une solution forte d'acide phénique ou de sublimé. Si la chaudière est fermée, la vapeur sort en sifflant par un tube d'échappement. Le jet de vapeur antiseptique sera promené partout. Souvent on fait venir au contact du tube d'échappement un tuyau étroit à la pointe appelée bec, dont l'autre extrémité plonge dans une solution antiseptique ; ainsi la solution est aspirée et pulvérisée par la vapeur chaude.

Les pulvérisateurs de ce genre n'ont de valeur que si le liquide chaud est antiseptique, car le liquide froid est souvent aspiré d'une manière inégale et peu régulière.

Dans le pulvérisateur ou le vaporisateur à chaud, on mettra de l'acide phénique à 5 p. 100, par exemple, et, dans le réservoir annexe, du sublimé à 1 p. 1000.

Le jet de vapeur est déjà suffisant, même avec un vaporisateur à chaud ordinaire, pour obtenir la désinfection des rideaux, boutons de porte, tapis, fauteuils, que le formol n'aurait pas suffisamment stérilisé, si la contamination a été très répétée.

Il est vrai qu'avec un vaporisateur de petit modèle il est nécessaire de disposer de beaucoup de temps et de patience. On a créé des appareils de désinfection puissants qui procèdent du même principe et qui n'ont comme avantage que d'aller plus vite en besogne. Mais ces derniers nécessitent le transport par voiture et l'intervention du service public de désinfection.

(à suivre)

L'empoisonnement par le plomb.

par le Dr LABORDE.

L'auteur s'est attaqué au carbonate de plomb, dont se servent non seulement nos trente mille peintres en bâtiment, mais encore les ouvrières employées à l'imagerie ou au blanchiment des dentelles. Ce carbonate de plomb est terrible, comme on sait. Un chien, qui a été injecté, a eu des hallucinations, que nous avons vues,

et il en est mort. Un cobaye a perdu toute capacité morale : il ne sait pas où se diriger ; il est pourtant bien vivant encore, et il est comme mort. Un autre, moins intoxiqué, est encore capable de réaction... Un troisième cobaye a perdu toute sensibilité dans les membres. On lui pince le ventre ; il crie. On lui pince maintenant, et beaucoup plus fort, une patte ; et il ne crie pas. Un lapin a les pattes paralysées.

Ce carbonate de plomb, que les peintres en bâtiment désignent sous le nom de *blanc de céruse* domine dans le mastic dont ils se servent pour boucher les trous des murs avant de les peindre. Comme les peintres ont l'habitude de le tenir dans la main gauche, il leur entre dans le corps par l'absorption cutanée, et, ce qui prouve bien le chemin que fait cette substance dans l'organisme, commence par leur paralyser la main droite. La preuve en a été fournie par des ouvriers peintres, qu'on avait bien voulu confier à M. Laborde, et qui offrent tous les cas dont il s'occupe. Ils ont des crampes, des hallucinations, des coliques, des douleurs de reins, etc. Chez les ouvrières en imagerie ou en dentelles, il y a de l'hydroisie, de la paralysie avec réperoussion du côté du cœur, des avortements, etc.

Par bonheur, a ajouté M. Laborde, il y a un remède. Si le carbonate de plomb est néfaste, l'*oxyde de zinc*, qui donne commercialement les mêmes résultats, est inoffensif. Il présente en effet des cobayes qui, intoxiqués d'oxyde de zinc, ont très bon air.

M. le Ministre des Travaux public, s'appuyant sur ces faits, a défendu l'emploi du blanc de céruse et ordonné son remplacement par l'inoffensif oxyde de zinc.

(Gaz. méd. de Paris.)

THERAPEUTIQUE

Traitement mécanique de la coqueluche.

par FRETIN.

Voici comment procède l'auteur :

1° Je fais, dit-il un massage complet de la région cervicale. Je m'efforce d'agir sur le pneumogastrique, les nerfs laryngés, les troncs du sympathique. D'après la méthode d'Arvid Kelgreen, je pratique avec conviction le shaking de la région cervicale, de la base de la langue et de la trachée.

2° Ceci fait, avec le vibreur de Carlsohn, pendant cinq minutes au moins, j'applique vibration énergique sur toute cette même région cervicale.

3° Alors seulement, et pour terminer, je procède à une série de mouvements respiratoires, passifs, actifs, avec ou sans résistance suivant les cas ; j'y joins un bon nombre de mouvements de la nuque ; enfin, je termine par une série de vibrations manuelles et le tapotement du dos.

Grâce à ce mode opératoire, je n'ai jamais observé de phénomènes d'intolérance, et j'ai toujours pu donner ma séance de mouvements, sans voir survenir des quintes.

(*Rev. de ciné. et d'élec.-thé. — Méd. orient.*)

Le traitement des piqûres de moustiques.

par MANQUAT.

L'auteur s'est livré à une étude comparative des résultats fournis par les différents modes de traitement des piqûres de moustiques.

Laissant de côté l'ammoniaque qui est trop irritant et le phénol qui présente des dangers d'escarification, des observations qu'il a pu recueillir, il arrive aux conclusions suivantes :

" Si nous devons maintenant, en manière de résumé, établir une comparaison entre les trois agents que nous venons d'étudier, nous placerions, comme efficacité, en première ligne, le formol (formol à 40 p. 100 du commerce, 5 grammes ; alcool à 90 degrés et eau, de chacun 10 grammes), puis la teinture d'iode, en dernier lieu l'alcool et l'eau de Cologne mentholés (4 grammes de menthol pour 100 grammes d'eau de Cologne ou d'alcool à 90 degrés). Toutefois, en raison de la complication qu'entraînent les applications de formol, la teinture d'iode leur est pratiquement supérieure, surtout la nuit, puisque une simple application, dont on ne s'occupe plus, suffit. Mais la teinture d'iode n'est généralement possible que sur les parties habituellement recouvertes par des vêtements. Pour le visage et les mains on tirera un très bon parti, moins efficace, mais exempt d'inconvénients, de l'alcool ou de l'eau de Cologne mentholés, et dans tous les cas suffisant pour les piqûres bénignes de nos pays ; ces applications paraissent insuffisantes contre les inoculations infectieuses."

(*Bull. gén. théra. — Méd. orient.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Compte rendu-analytique de la séance du 12 mars 1901.

Présidence du docteur HERVIEUX.

La première partie de cette séance est consacrée à recevoir le rapport du comité chargé d'étudier la question de l'hôpital civique.

M. Foucher lit les résolutions du comité. Celui-ci, après avoir étudié la question, serait prêt à accepter le projet de Mgr. Bruchesi, pourvu que le contrôle médical d'une institution de ce genre soit indépendant de l'administration civique, et que l'hôpital soit plus près du centre.

M. Germain, secondé par M. Plouffe, propose que

la Société médicale accepte les résolutions du comité.

Cette motion est adoptée sans discussion.

M. Demers croit qu'il serait préférable que chaque hôpital disposât d'une annexe pour les maladies contagieuses. C'est ce qui se pratique à Paris, et personne ne s'en plaint. Il a vu évoluer, dans un hôpital de cette ville, un cas de scarlatine.

Quand arrive la période de desquamation, on prend des précautions pour que les squames ne se détachent pas et qu'elles ne soient, ainsi, une cause d'infection.

Ce système serait préférable à tous les points de vue, et pour le patient et pour l'étudiant en médecine.

Ostéotomie trochanterienne

M. Marien donne, sur ce sujet, une lecture qui paraît intéresser l'assemblée. Il préconise l'ostéotomie trochanterienne comme traitement des déviations du membre inférieur survenues à la suite de la coxalgie.

L'ostéotomie permet de corriger de grandes difformités : tel que le raccourcissement fonctionnel du membre inférieur et son attitude vicieuse.

Cette opération semble bien être indiquée préféralement à tous les autres modes de traitement, si l'on se rend bien compte de l'anatomie pathologique des lésions occasionnées par la coxalgie.

En effet l'anatomie pathologique nous montre que les déviations de la cuisse, à corriger après une coxalgie grave proviennent d'une triple cause : flexion de la cuisse, abduction ou adduction de la cuisse, ascension de la tête fémorale déformée.

Dans la coxalgie le déplacement est en quelque sorte secondaire, il est la conséquence de la destruction des surfaces articulaires. La hanche, déformée et parfois détruite, se trouve solidement fixée dans sa position vicieuse par du tissu fibreux cicatriciel. Alors même qu'on serait parvenu à abaisser le fémur par des tractions violentes, il n'en résulterait aucun bénéfice ; l'on n'aurait pas trouvé le moyen de maintenir cet abaissement momentané ; la tête fémorale ne serait pas fixée dans sa position normale.

En résumé, si la flexion de la cuisse semble facile à redresser, on ne peut remédier par aucune intervention au déplacement de la tête fémorale, non plus qu'à l'adduction ou à l'abduction de la cuisse.

L'ostéotomie laisse la tête fémorale luxée dans l'état où elle est restée ankylosée après la guérison du foyer tuberculeux ; elle agit plus bas sur le fémur. Cet os étant sectionné entre les trochanters, on impose à sa diaphyse (par conséquent à la cuisse) telle direction que l'on désire.

Observation. — Il s'agit d'un petit malade opéré avec un résultat satisfaisant, comme le démontrent les photographies que nous avons sous les yeux.

Le malade était atteint d'une coxalgie guérie avec une luxation sous-cotyloïdienne, de l'abduction et de la flexion de la cuisse. Il avait en même temps une flexion

du genou, avec une ankylose fibreuse ; le raccourcissement fonctionnel était de 9 pouces.

L'ostéotomie trochantérienne, pratiquée le 22 décembre 1900, a permis de corriger la flexion, l'abduction et de réduire le raccourcissement à 1/2 pouce.

Pleuresies purulentes

M. Daigle traite ce sujet sous forme de conférence. Il étudie la question au point de vue des variétés bactériologiques, s'attachant surtout aux caractères propres à chaque microbe.

RHEUME.

NOTES DE PHARMACIE PRATIQUE.

par J. W. LECOURE,

*Professeur de matière médicale et de pharmacie
à l'École de pharmacie de Montréal.*

Sous le titre de Notes de Pharmacie Pratique, nous publierons de temps en temps, de courtes observations sur l'art de formuler, sur les incompatibilités chimiques et pharmaceutiques, sur la pharmacologie et la pharmacotechnie.

Nous signalerons l'apparition des médicaments nouveaux et dénoncerons, à l'occasion, les faux "nouveaux médicaments", préparations trompeuses sinon frauduleuses et dont il existe un certain nombre.

Nous donnerons des formules choisies et des résumés tirés de la presse pharmaceutique. Enfin un miscellanée de bouts d'articles d'intérêt médico-pharmaceutique.

Nous répondrons aussi, dans la mesure de nos forces, aux questions que l'on voudra nous poser concernant les sujets de notre compétence. Ces questions devront être signées et adressées à J. E. W. Lecours, pharmacien, 370 rue Craig, Montréal.

Céphaline. — Ce médicament se compose de 5 parties d'antipyrine, 5 parties de café, 2 parties de caféine et 2 parties de salicylate de soude.

(*Annales de pharmacie.*)

Ammonol. — Réponse au docteur XX, Saint H.

Les intéressés n'ont pas encore publié la formule de leur produit, l'Ammonol. La raison de cette discrétion est évidente.

Essayez aux mêmes doses la formule suivante. C'est comme chou vert et vert chou, dirait un professeur bien connu :

Antifébrine.....	4 grains.
Bicarbonate de soude.....	2 —
Carbonate d'ammonium.....	1 —

Poids de l'ancienne Rome. — Il y a quelques mois,

en faisant des fouilles sur l'emplacement du Forum, on a découvert trois poids de 20, 30 et 100 livres romaines, datant d'au moins deux siècles avant notre ère. Ces poids en marbre vert foncé, de forme elliptique irrégulière et munis de poignées de bronze, sont dans un état de conservation parfaite.

Cette découverte précieuse, permettra de reconstituer toute la métrologie de l'ancienne Rome.

On a constaté que la livre romaine pèse exactement 325 grammes. (10 oz. et 7 grains).

Iode. — On entend souvent les médecins et le public se plaindre de la qualité de la teinture d'iode délivrée par les pharmaciens. Voici la raison : c'est que l'on prescrit la teinture d'iode de la Pharmacopée Britannique comme rubéfiant dans les cas où une révulsion cutanée est indiquée, et, l'on oublie qu'à cause de sa faible proportion d'iode (2 1/2 pour cent) cette teinture n'est guère propre à servir que comme résolutif dans les engorgements, indurations, etc.

La meilleure préparation rubéfiante d'iode est le liniment de la P. B., qui contient 11 2/3 pour cent d'iode et 7 pour cent d'iodure de potassium.

La teinture d'iode décolorée, n'est ni plus ni moins qu'une solution d'un ou de plusieurs sels d'iode et ne vaut presque rien comme résolutif et rubéfiant. D'ailleurs, la teinture décolorée n'est pas officinale et par conséquent les pharmaciens sont libres de la préparer chacun à sa façon, d'où une grande variété de produits vendus sous le même nom.

Acide phénique. — Retiré des huiles lourdes de houille par distillation fractionnée. L'industrie en produit aussi de grandes quantités par des procédés synthétiques.

Le phénol cristallisé est une masse cristalline incolore ou légèrement rougeâtre. Cette coloration rouge pâle n'est pas toujours un indice de falsification ou d'impureté. Les meilleurs acides tournent au rouge quelquefois.

L'acide phénique en cristaux est le seul convenable pour la préparation des solutions à base d'huile. L'acide liquéfié contenant 10 pour cent d'eau n'est pas parfaitement miscible avec les corps gras.

Au cas de brûlures causées par de l'acide pur, laver avec de l'alcool fort au lieu d'eau, pour enlever le caustique.

Grammes et centimètres cubes. — Réponse au docteur L., Montréal. Vous avez parfaitement raison ; grammes et centimètres cubes sont loin d'être synonymes. Il suffira de reproduire des extraits d'un article que nous avons déjà publié pour le démontrer.

La transition de l'ancien système de poids et de mesures au système métrique n'est pas sans causer un certain embarras, surtout dans l'interprétation des ordonnances. Cette embarras vient de l'habitude en usage

ici de mesurer tous les liquides au lieu de les peser, comme cela se pratique en France, en Allemagne et ailleurs. Ainsi, la prescription suivante ne serait certainement pas exécutée de la même manière dans les différentes pharmacies canadiennes.

Chloral..... 10 grammes.
Sirop..... 100 grammes.

Théoriquement parlant, il n'y a pas de doute que, dans ce cas, on doit peser le sirop ; mais, au Canada, où l'habitude de mesurer tous ou presque tous les liquides est si fortement enracinée, la plupart des pharmaciens exécuteraient cette prescription avec cent centimètres cubes du sirop, au lieu de cent grammes tel que prescrit ce qui ferait une différence considérable, puisque la prescription exécutée avec cent grammes de sirop contiendrait près d'un tiers de plus de chloral par dose que celle exécutée avec cent centimètres cubes.

Le pharmacien n'a pas toujours tort d'interpréter grammes par centimètres cubes, quand, dans leurs prescriptions, les médecins prescrivent des liquides plus denses ou moins denses que l'eau, car pour un certain nombre d'entre eux, cent grammes d'un liquide quelconque équivalent à cent centimètres cubes du même liquide quelle que soit sa densité.

Toutes les prescriptions rédigées d'après le système métrique, et qui contiennent des liquides d'une densité différente de celle de l'eau, sont donc susceptibles de recevoir des interprétations diverses de la part des pharmaciens canadiens.

Les seules prescriptions qui ne présentent pas de difficultés sont celles qui, outre des corps solides, ne contiennent que l'eau ou des liquides dont les densités ne diffèrent que très peu de celle de l'eau.

Comme les doses des médicaments sont invariablement mesurées et non pesées, il serait, il nous semble, beaucoup plus simple et plus commode de formuler les liquides par centimètres cubes que par grammes.

En formulant ainsi, le volume total d'une prescription serait facilement calculé, et, par suite, les médicaments exactement dosés ; de plus, ce qui est l'important, les formules ne seraient pas exposées à recevoir des interprétations diverses.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement médico-chirurgical des maladies du pharynx, par E. ESCAT, de Toulouse. Carré et Naud... 16 frs.

Cet ouvrage, dont nous avons déjà signalé l'apparition est un travail original et un traité complet des maladies du pharynx, qui convient en même temps au spécialiste et au médecin. Ce livre est le fruit de l'expérience personnelle ; les figures, les instruments, les obser-

vements, les idées, tout est clair et bien donné par un travailleur qui sait observer et qui sait enseigner. Le chapitre des adénoïdites est un des meilleurs du volume ; la syphilis du pharynx y trouve une exposition claire et pratique et les angines aiguës sont traitées de main de maître.

Éléments d'anatomie gynécologique, par P. PETIT. Carré et Naud..... 16 frs.

Voilà un ouvrage, qui sous l'humble titre d'*éléments*, possède un fond d'érudition que le gynécologue ne saurait trop apprécier. Quelle somme de travail et de science il a fallu à l'auteur pour produire un volume aussi précis et utile. Les planches nombreuses sont toutes originales et, on peu dire, parfaites ; à toutes les pages du texte, le médecin sérieux peut cueillir des renseignements pratiques basés sur une anatomie précie exposé d'une façon claire et instructive. Les déductions cliniques et opératoires tirées de l'étude de ce livre resteront gravées dans l'esprit, sises comme elles le sont sur une base aussi scientifique, et elles seront d'une utilité constante tant au spécialiste qu'au praticien.

M. T. B.

Delirium Tremens, by Chs. J. Douglas. Extrait du New York Medical Journal.

FORMULAIRE

Le phosphore chez les enfants rachitiques.

Kassovitz a donné le phosphore aux doses de 1/2 à 1 milligramme par 24 heures à 560 enfants rachitiques.

L'amélioration était rapide, surtout dans le rachitisme cranien (cranio-tabès) : on constatait en peu de temps la cessation des accidents nerveux. De même la difformité, etc., disparaissaient.

Betz a administré le phosphore sous forme de pom-
made.

Canali a employé ces formules :

1° Phosphore.....	0 gr. 01.
Huile de morue.....	100 gr.
2 à 3 cuillerées à café par jour.	
2° Phosphore.....	0 gr. 01,
Huile d'amande douce.....	30 gr.
Gomme arabique pulvérisée. } Sucre de canne pulvérisé..... }	à 15 gr.
Eau distillée.....	40 gr.
3 à 4 cuillerées par jour.	

(Nouveaux remèdes.)

Revue analytique

GLANES CANADIENNES

The Montreal Medical Journal. (Déc. 1900)

Un cas d'opération césarienne conservatrice, par le professeur WM. GARDNER et le docteur D. J. EVANS. — Pour un bassin rachitique bien déformé, le professeur Gardner pratique, une césarienne, chez une secondipare. Deux ans avant la patiente, âgée alors de 27 ans, avait eu des jumeaux à sept mois; accouchement très difficile; enfants mort-nés.

Cette fois la femme est à terme et le docteur Gardner opère le 25 septembre 1900. A part une hémorrhagie inquiétante, tout s'est bien passé. L'incision utérine fut fermée à la soie par des sutures distantes d'un centimètre les unes des autres, et qui évitaient la muqueuse. Pour faire contracter l'utérus on l'a abondamment douché d'eau chaude.

Cette césarienne conservatrice serait probablement la première pratiquée dans la Puissance du Canada.

Une opération de Porro avec survie de la mère et de l'enfant, par le docteur F. A. L. LOCKHART.

Une III-pare de 32 ans. Premier accouchement avec forceps, enfant vivant; le second, enfant mort-né, par intervention opératoire. Cette fois des tumeurs fibreuses rendaient la délivrance par les voies naturelles impossible. On enleva alors l'enfant par la voie abdominale; et vu l'état myomateux de l'utérus, on fit une hystérectomie supravaginale.

Cholécystite compliquant la fièvre typhoïde, par le docteur W. F. HAMILTON. Le conférencier rapporte deux cas personnels et deux autres traités dans le service du docteur Martin. Dans chaque cas le séro-diagnostic fut positif. Les deux premiers furent opérés par le professeur J. Bell et les patients guérirent; la vésicule contenait un liquide purulent, foncé, hémorrhagique et des calculs; le liquide enlevé donna des cultures du bacille d'Eberth. Les deux autres cas guérirent sans intervention. Les signes cliniques dénotant la complication furent surtout un changement prononcé dans la marche de la température qui s'éleva de plusieurs degrés rapidement, sans qu'il y eut beaucoup d'altération du pouls; plus ou moins de nausées et de vomissements, une douleur et une sensibilité localisées correspondant à la présence d'une tumeur au siège de la vésicule. La complication survint dans un cas au 17^e jour, dans le second au 72^e, (10 jours après une rechute), dans le troisième au 30^e et dans le quatrième au 28^e.

Deux gastrotomies, trois gastro-entérostomies et une pylorotomie, par le docteur A. E. GARROW, présentées à la Canadian Medical Association, sept. 1900.

Carcinome du pharynx avec envahissement prononcé des glandes cervicales, chez un garçon de quatorze ans, par le docteur J. M. ELDER. La tumeur siégeait à la voûte du pharynx; un fragment excisé de même qu'une portion d'une des glandes, montra, au microscope, du squirrhe.

Pancréas accessoire. — Le docteur A. NICHOLLS signale un pancréas accessoire trouvé à l'autopsie.

Des cas anormaux de hernie. — Le docteur GARROW rapporte un cas de hernie contenant de l'épiploon très adhérent et un diverticulum de la vessie. Celle-ci fut cousue et la patiente guérit. Une femme fut opérée trois ans après avoir subi un Alqui-Alexander, et on trouva dans le sac, une trompe de Fallope enroulée, une partie du ligament rond et une hydatide de Morgagni.

Un cas d'ichtyose hystrix. — Le docteur J. HUTCHINSON signale un cas de cette affection rare, traité avec un certain résultat par l'extrait de glande thyroïde.

Une hernie rétro-péritonéale par la fossette duodéno-jéjunale de tout le petit intestin, — mort 15 heures après début de l'attaque. — Les docteurs F. FINLEY et MAC TAGGART.

The Montreal Medical Journal. (Janvier 1901)

L'enseignement de la chimie dans les écoles de médecine, docteur G. L. WOLF. L'auteur prêche en faveur de la nature médicale de la chimie, dès le début de l'enseignement de cette science. Il est en faveur d'un cours de trois ans, qui en troisième serait tout à fait clinique.

Une tumeur rachidienne, par le docteur FRY.

Emphysème généralisé compliquant la rougeole, par le docteur D. J. EVANS.

Hémorrhagie vésicale pendant la de parturition, par le docteur G. A. BROWN.

Deux cas de grossesse tubaire — Opération, guérison, par le docteur LAPHORN SMITH.

Cinq cas de fracture du bassin, par le docteur J. A. HUTCHINSON. Les cinq cas sont morts. Dans un des cas, accompagné de rupture de la vessie, il y avait fracture du pubis; on sutura au fil d'argent et on recousu la vessie. Le malade est mort de septicémie.

La méningite comme complication de la pneumonie, probablement due au pneumocoque. Dr J. R. SPIERS.

Un cas cardiaque à diagnostiquer. Le docteur G. CAMPBELL.

La mort subite dans l'enfance, par le docteur A. E. VIPOND. Ce travail est une compilation intéressante, faite sur un sujet pratique, mais il est trop long pour permettre une analyse écourtée.

Tous les travaux ci-haut mentionnés ont été présentés à la *Montréal Medico-Chirurgical Society*, en novembre 1900. Nous notons en outre les travaux suivants :

Réparation dans l'ulcère gastrique, par le docteur MACPHAIL.

La diathèse hémorragique et la fièvre typhoïde, A. G. NICHOLS.

L'ulcère rongeur, Dr. A. S. GARROW.

Myélo-sarcome de la jambe, Dr. E. W. ARCHIBALD.

La Société médicale d'Ottawa (nov. 1900)

Anesthésie par la voie lombaire. — Le docteur C. PRÉVOST rapporte une hernie fémorale opérée le 27 nov. 1900, sous l'anesthésie produite par l'injection de 15 minims d'une solution de cocaïne à 2 % dans le canal rachidien. Insensibilité complète dans 13 minutes. Un peu de mydriase ; aucun vomissement ; céphalalgie surtout occipitale qui a persisté trois jours. La température fut une journée, la seconde, à 101° ; il y eut un abondant herpès du côté droit de la figure et des lèvres, qui apparut le troisième jour. (*Montreal Med. Journ.* janvier 1901).

M. T. B.

Revue des journaux

MEDECINE

Vomito negro appendiculaire.

par DIEULAFOY.

Encore un nouveau méfait de l'appendicite ; il s'agit cette fois d'hématémèses graves, mortelles même survenant au cours ou au déclin d'une appendicite. C'est sur ce sujet que M. Dieulafoy a pris la parole en rapportant plusieurs observations qu'il a pu recueillir dans ces derniers temps.

Dans un premier cas qu'il a vu avec M. Bergeron, il s'agissait d'une appendicite plutôt bénigne datant de quatre jours ; fidèle à ses principes, M. Dieulafoy conseille l'opération qui est pratiquée le soir même par M. Delbet ; c'était bien en effet une appendicite aiguë, mais sans péritonite. Tout allait bien, quand dans la nuit, le malade fut pris d'une hématémèse ; une seconde hématémèse l'emporta.

Dans un second cas, que M. Dieulafoy a vu avec MM. Segond et Ramon, il s'agissait d'une fillette de neuf ans présentant tous les symptômes d'une appendicite ; l'opération immédiate est décidée et pratiquée le soir même par M. Segond ; la nuit, l'enfant est prise de

quelques nausées, de quelques vomissements, puis elle a une hématémèse de 200 grammes qui l'affaiblit et la met dans un état grave ; cependant elle finit par guérir.

Une jeune fille américaine présente des symptômes que l'on prend pour une indigestion ; sa mère la purge une première fois, puis une seconde. M. Gros n'est appelé que le troisième jour ; il constate de l'oligurie, une teinte subictérique et reconnaît tous les signes d'une appendicite. M. Dieulafoy est appelé en consultation et, d'accord avec MM. Gros et Cazin, conseille l'opération. Celle-ci est pratiquée et l'on trouve une gangrène appendiculaire. Malgré l'opération l'ictère s'accroît et la malade est prise d'hématémèse, d'un véritable vomito negro, les vomissements de sang se répètent et la malade succombe.

Dans un quatrième cas, c'est un enfant que M. Dieulafoy examine avec MM. Sevestre et Quénu à sept heures du soir ; tous les trois étant d'accord sur l'urgence de l'opération, M. Quénu la pratique à dix heures du soir, trouve une gangrène appendiculaire ; cet enfant a quatre hématémèses de suite, et finit par succomber.

C'est encore un garçon de vingt ans, atteint depuis trois jours d'une appendicite : M. Dieulafoy conseille l'opération, M. Segond est appelé ; on hésite, on cherche à gagner du temps, un autre chirurgien est demandé, deux jours sont ainsi perdus et, le jeune homme allant plus mal l'opération est acceptée et faite par M. Segond à une heure du matin ; il trouve une gangrène appendiculaire, une péritonite des plus graves. Le jeune homme est pris d'hématémèse et meurt.

Comme on le voit, d'après ces faits, l'hématémèse n'est pas un accident très rare dans l'appendicite puisqu'en neuf mois M. Dieulafoy a pu en réunir six observations ; ce ne sont pas d'ailleurs les seules ; il en a trouvées plusieurs dans les auteurs même avec autopsie ; on a trouvé des érosions sur la muqueuse gastrique.

M. Dieulafoy recherche la pathogénie de ces hémorragies : il pense qu'il s'agit là d'accidents toxi-infectieux ; il rapproche des faits qu'il vient de citer l'observation suivante qui a bien son intérêt : un malade arrive à l'Hôtel Dieu avec une hernie étranglée, on l'opère aussitôt ; il est pris d'hématémèses et succombe ; l'autopsie est faite et l'on reconnaît qu'il s'agissait d'érosions de l'estomac d'origine toxi-infectieuse. Or, il se passe dans l'appendice transformé en vase clos, ce qui, chez ce malade s'est passé dans son intestin obstrué.

À côté des preuves cliniques, M. Dieulafoy invoque des preuves expérimentales ; il rappelle des expériences faites par Talma, et qui ont consisté à pratiquer des ligatures de l'intestin. Chez ces animaux, il est survenu des érosions de l'estomac qui ont été le point de départ d'hémorragies ; enfin, M. Dieulafoy, dans ses recherches bibliographiques, a trouvé une observation présentée par M. Millard à la Société médicale des hôpitaux en

1876, époque à laquelle il n'était pas encore question d'appendicite. Il s'agissait, dans cette observation, d'une péritonite purulente aiguë, avec ulcération de l'estomac, péritonite dont le point de départ avait paru à M. Millard être l'appendice iléo-cœcal, et qui était survenue à la suite d'une fièvre typhoïde; c'était, comme on le voit, ce qu'on appellerait aujourd'hui avec M. Dieulafoy une appendicite paratyphoïde. Cette intéressante observation de M. Millard a été l'objet d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux; la plupart des membres ne voyaient là que des ulcérations gastriques d'origine typhoïdique, comme celles de l'intestin, tandis que M. Millard soutenait que les ulcérations gastriques, dans ce cas, n'avaient rien à faire avec la fièvre typhoïde, et qu'elles étaient la conséquence d'un empoisonnement résultant de la péritonite; il a donc prévu la toxinfec-tion.

M. Dieulafoy termine sa communication par les conclusions suivantes :

« Il est une notion que je m'efforce de mettre en relief, c'est que l'appendicite ne doit plus être considérée actuellement comme une maladie purement locale. Ne voir dans l'appendicite qu'une menace péritonéale, c'est ne connaître qu'un des côtés de la question. Ce qui est à redouter dans l'appendicite, ce n'est pas seulement la péritonite, c'est encore l'infection et l'intoxication de l'économie dues au foyer appendiculaire. Le danger n'est pas seulement à l'appendice et au péritoine, il est partout. On a publié et j'ai publié bon nombre de cas concernant des appendicites sans péritonite, ou à péritonite à peine ébauchée, et cependant des malades succombent infectés et intoxiqués par leur foyer appendiculaire.

Dans certains travaux, dans certaines discussions récentes, il me semble qu'on s'occupe trop exclusivement de l'évolution locale du mal; on escompte le bon vouloir de l'appendicite et on attend pour intervenir qu'elle soit refroidie; on suppose qu'elle voudra bien attendre, sans encombre, le sixième ou le septième jour, date fixée par l'opérateur, et pendant que l'observateur est là, hypnotisé par l'évolution locale du mal, les agents infectieux et toxiques, partis du foyer appendiculaire, ont pénétré sans bruit dans l'économie et le drame se prépare. Souvent, après une poussée initiale, l'appendicite semble rentrer dans son repos, mais ce n'est là qu'une apparence; bientôt vont éclater des complications terribles; les unes infectieuses: infection purulente du foie, infection putride de la plèvre, gangrène du poumon, etc.; les autres toxiques: urobilinurie, ictère grave, albuminurie, oligurie, anurie, urémie, symptômes méningitiques, exulcérations stomacales, hématoméses foudroyantes. Voilà les résultats de la temporisation! »

(Gaz. des hôp.)

La transmission héréditaire de la tuberculose par le placenta

par D'ARRICO.

1° Les cobayes peuvent avorter sous l'influence de la tuberculose, mais le plus souvent la grossesse arrive à terme;

2° Dans les placentas et les fœtus de cobayes qui sont sacrifiés vers le seizième jour de la grossesse et un peu avant terme, on trouve des spores et des bacilles de Koch. Moins est avancée la grossesse et moindre est le nombre des lésions et des germes. Jusqu'à la fin de la première moitié de la grossesse on ne trouve que très peu de spores, tandis qu'au début de la seconde moitié jusqu'à terme les lésions histologiques vont en augmentant, et les bacilles paraissent dans le placenta et le foie. Les poisons tuberculeux de la mère passent donc d'abord avec le sang et le plasma sanguin dans l'utérus maternel; puis il produisent des lésions dans les vaisseaux utéro-placentaires, la caduque, les vaisseaux du fœtus, le tissu du disque fœtal, le chorion, le foie du fœtus. Sur ces lésions toxiques a lieu la colonisation des spores et des bacilles. Pour ce qui est du temps nécessaire à la production des lésions et au passage des germes, on peut dire qu'au seizième jour commence le passage de petits groupes de spores dans le placenta: on peut déjà colorer quelques spores dans le foie de l'embryon, tandis que pour produire une tuberculisation du placenta et du foie du fœtus, il faut que non seulement la grossesse parcoure tout son cycle dans l'organisme de la mère, mais que l'infection maternelle soit assez avancée;

3° Dans les organes des petits qui se développent dans l'utérus des cobayes tuberculeuses et qui naissent à la fin de la grossesse on trouve surtout dans le foie des lésions de tuberculose et on peut colorer des spores et des bacilles. Ces petits sont faibles, maigres, et meurent plus ou moins tôt de tuberculose;

4° Des cobayes grosses auxquelles on inocule la tuberculose avortent souvent et n'arrivent qu'exceptionnellement à terme. Puisqu'on ne trouve dans les placentas de ces cobayes, ni bacilles, ni spores, mais des hyperémies, des hémorragies, des infarctus, il faut admettre que ces avortements sont produits par le rapide passage des poisons tuberculeux dans le placenta et les altérations vasculaires ainsi produites. Il n'est pas facile de s'expliquer pourquoi l'avortement est plus rare chez les cobayes qui, au cours de l'infection tuberculeuse, sont devenues grosses. Peut-être, l'embryon s'habitue-t-il mieux aux poisons, puisqu'il se développe peu à peu dans un organisme déjà infecté. Il y a quelque chose d'analogue chez l'homme dans le cas de syphilis.

(Centralbl. f. Bakt. — Méd. orient.)

CHIRURGIE

Deux cas de maladie de Brodie.

M. Moty (Soc. cent. méd. du Nord.) présente deux malades qui ont été atteints de pseudo-fracture de la colonne vertébrale ou maladie de Brodie. L'un a eu, consécutivement à une chute dans un escalier, des douleurs très vives dans la région lombaire, signes d'une entorse avec distension de quelques fibres musculaires ou nerveuses, déterminant une attitude spéciale du sujet, qui restait toujours penché en avant. L'examen montra une diminution des réflexes cornéen et pharyngé, de l'hypo-esthésie de la moitié gauche du corps, sauf à la tête, et un rétrécissement du champ visuel.

L'autre a fait une chute de cheval à la suite de laquelle il ressentit une douleur très vive dans la région lombaire, et prit l'habitude de marcher plié en deux ; l'examen fit voir un champ visuel assez rétréci, une flexion permanente de la région lombaire en avant. Le traitement institué (massages, douches, décubitus ventral) amena chez le second malade le redressement complet, mais détermina l'apparition d'un bégayement très accentué qui persiste encore aujourd'hui ; chez le premier toute thérapeutique fut vaine.

M. Moty fait observer que l'élément le plus caractéristique, au point de vue du diagnostic rapide dans ce genre de lésion, paraît résider dans le haut degré de flexion coïncidant avec l'absence de saillie anormale des apophyses épineuses et de la partie inférieure du corps.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Action dissolvante de l'eau oxygénée sur le catgut.

M. C. Moreau (de Charleroi) (Acad. Roy. méd. de Belgique) a eu l'occasion de pratiquer, pour des phénomènes infectieux, l'amputation de la jambe chez un homme blessé dans un accident de chemin de fer. Pendant l'opération, on fit usage d'eau oxygénée pour laver la plaie, comme le conseille M. Thiriart. Quelques jours après, sans accidents préalables, le malade mourut subitement d'hémorragie secondaire survenue au niveau de l'artère fémorale qui avait été liée pendant l'amputation. Soupçonnant que l'eau oxygénée avait peut-être eu une influence fâcheuse sur la résistance du catgut employé pour la ligature, M. Moreau a fait des essais qui ont consisté à plonger du catgut dans diverses solutions, notamment dans de l'eau oxygénée, du sérum artificiel, etc. Il est visible que, sous l'action de l'eau oxygénée, le catgut se gonfle, se dissocie et se désagrège.

Il est nécessaire, en conséquence, d'appeler l'attention des chirurgiens sur les accidents qui peuvent survenir par l'emploi simultané du catgut et de l'eau oxygénée.

(Ibid)

OBSTÉTRIQUE

Traitement de la syphilis pendant la grossesse

MM. E. GAUCHER et HENRY BERNARD (Soc. méd. hôp.)

Pour ce traitement, les sels mercuriels solubles doivent être employés à l'exclusion de tout autre médication hydrargyrique. Parmi eux, nous donnons la préférence au sublimé pour l'usage interne, au benzoate de mercure pour la voie sous-cutanée. Le sublimé sera prescrit en pilules de 1 centgr., associé à une dose égale d'extrait thébaïque : ce sont les pilules de Dupuytren modifiées ; la dose ordinaire est de deux pilules chaque jour. Le benzoate de mercure doit être également employé à la dose journalière de 2 centigr., en injection sous-cutanée profonde ; sa solubilisation est obtenue par le benzoate d'ammoniaque. Quelle que soit la préparation mercurielle employée, on peut avantageusement ajouter l'iode de potassium à la médication hydrargyrique, comme dans toutes les syphilis graves.

Le traitement pour être efficace, doit être commencé dès le début de la grossesse ou dès le début de la syphilis, lorsque celle-ci est postérieure à la conception. Il doit être continué d'une façon ininterrompue pendant toute la durée de la grossesse ; répétées, préconisons-nous les séries alternées d'injections et de pilules (un mois d'injections, vingt jours de pilules, dix jours de repos pour une période de deux mois, et ainsi de suite jusqu'à la fin de la grossesse).

Chez les syphilitiques albuminuriques, que cette albuminurie soit d'étiologie syphilitique ou gravidique, le traitement comporte les deux mêmes indications : régime lacté et traitement spécifique, les doses de ce dernier étant subordonnées au degré de la perméabilité rénale, et indépendantes, dans une certaine mesure, de la quantité d'albumine.

Si la recherche de la toxicité urinaire par le procédé de Bouchard, si la recherche de l'élimination du mercure par la pile de Smithson dénotent une perméabilité rénale très diminuée, il faut s'en tenir d'abord au régime lacté seul ; puis, peu à peu, à mesure que les fonctions rénales se rétablissent, on peut donner du mercure à doses progressivement croissantes, d'abord à l'intérieur, sous forme de tannate de mercure, puis sous forme de benzoate en injections, mais sans dépasser un centimètre cube de benzoate chaque jour, c'est-à-dire la moitié de la dose normale.

Si, au contraire, la perméabilité rénale est normale ou à peu près, il faut instituer de suite le traitement mercuriel, mais en débutant par la moitié de la dose ordinaire ; puis on augmente progressivement la quantité de mercure, jusqu'à atteindre la dose normale.

(Indep. méd.)

De la conduite à tenir chez une femme enceinte atteinte de cancer de l'utérus

M. Pozzi range ces femmes en deux catégories : dans une première, il fait rentrer les femmes enceintes de moins de 4 mois. Pour M. Pozzi, le diagnostic de grossesse est alors très difficile à faire, la propagation du cancer au corps de l'utérus, la coexistence d'un fibrome ou l'accumulation de liquide dans la cavité utérine pouvant également donner à l'utérus des dimensions plus considérables. Chez ces femmes, M. Pozzi croit qu'il est préférable d'intervenir immédiatement. Pour lui, la vie du fœtus ne vaut pas grand'chose dans ces conditions ; les avortements sont très fréquents s'accompagnant souvent de complications septiques et hémorragiques, et la grossesse donne à la marche du cancer une allure galopante.

Après 4 mois, la façon d'agir de M. Pozzi variera suivant la manière dont la femme supporte la grossesse. Si elle la supporte très mal, il interviendra ; dans le cas contraire, il attendra le 8e mois, de manière à avoir un enfant viable. Il croit qu'au moment du travail l'intervention serait plus dangereuse.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Pozzi recourt, pour les femmes de la première catégorie, à l'hystérectomie abdominale, quoique l'on puisse également opérer alors par la voie vaginale. Après 4 mois il ne peut plus y avoir d'hésitation : c'est l'hystérectomie abdominale.

M. Bouilly croit qu'en présence d'une femme enceinte atteinte d'un cancer de l'utérus, la malade étant perdue quoique l'on fasse, on ne peut que perdre en sacrifiant le fœtus. Ce dernier est, en effet, la seule chose que l'on puisse espérer sauver. Aussi, pour M. Bouilly, la logique impose l'attente et cela jusqu'au moment du travail. Dans certains cas l'accouchement se fait très bien naturellement. S'il ne pouvait en être ainsi on devrait intervenir ; il sera le plus souvent inutile de recourir à autre chose qu'à la simple opération césarienne. Ce sont ces cas où il faut savoir ne rien faire.

M. Pinard partage d'une façon générale la manière de voir de M. Bouilly. Il constate que la règle, qui veut que le cancer utérin soit toujours aggravé par la grossesse, n'est pas aussi absolue que l'on veut bien le dire. M. Pinard connaît plus de 20 cas où les femmes, non seulement ne sont pas mortes immédiatement, mais sont redevenues enceintes. Comme M. Bouilly, M. Pinard croit que la mère étant, en pareil cas, toute sacrifiée, on ne peut sacrifier qu'une chose, c'est l'enfant. Il croit aussi que l'on a beaucoup exagéré la fréquence des avortements. Sur les 12 cas qu'il a personnellement suivis, cet accident n'est survenu qu'une fois. Aussi M. Pinard conseille-t-il d'attendre, et d'attendre jusqu'au moment du travail, car ce n'est qu'ainsi qu'on est vraiment sûr d'avoir un enfant à terme, d'avoir un enfant qui pourra s'élever.

Dès qu'on aura fait le diagnostic de grossesse chez une femme atteinte de cancer de l'utérus, il faut bien savoir que, moins on s'occupera de ce cancer, plus la grossesse aura de chances de suivre son cours.

Les curettages du champignon cancéreux même les plus habilement faits sont, à ce point de vue, particulièrement dangereux.

M. Pinard a encore récemment vu une de ces interventions suivie d'avortement après 48 heures. Il faudra d'ordinaire, se contenter de calmer les douleurs et de faire, autant que possible, l'asepsie du vagin. Parmi les antiseptiques, l'eau oxygénée semble avoir des avantages, ayant à la fois des propriétés antiseptiques et hémostatiques. Si les accidents ne viennent pas, à un moment donné, vous forcer la main, on attendra le début du travail, et pour peu que l'accouchement ait du mal à se faire par les voies naturelles, M. Pinard croit qu'il faut alors recourir à l'hystérectomie, et cela non seulement dans l'intérêt de l'enfant, mais aussi dans celui de la mère.

M. Varnier. — Pour Mackenrodt, "quel que soit l'âge de la grossesse il faut procéder à l'extirpation de l'utérus". Certains chirurgiens ont adopté cette formule absolue, en considération des quelques rares observations où l'extirpation totale n'a été suivie de récurrence qu'après plusieurs années (après 4 ans, Hofmeier ; après 7 ans et demi, Olshausen ; après ans et demi, de Ott). D'autres, au contraire, en considération des nombreuses observations où l'intervention a été rapidement suivie de récurrence, découragés de poursuivre au dépens de l'enfant l'improbable prolongation de la vie de la mère, n'hésitent point, quel que soit l'âge supposé de la grossesse, à s'abstenir d'une intervention fœticide.

C'est cette dernière ligne de conduite que M. Varnier croit la bonne ; pour lui, il faut attendre la fin de la grossesse, ou mieux le début du travail, seul repère certain de cette fin, pour faire, sans hésiter, l'opération césarienne suivie, d'après le cas, soit de la simple amputation utéro-ovarienne, soit sans grand enthousiasme, quand le cancer est encore opérable, de l'hystérectomie totale. Il faudra intervenir au début du travail, la femme n'étant ni fatiguée, ni infectée, et, dans ces conditions, l'opération pratiquée à ce moment n'offrira pas plus de dangers pour la mère que si elle avait été faite au 8e mois.

M. Champetier de Ribes partage la manière de voir de MM. Bouilly et Pinard et fait remarquer que dans certains cas, quand l'état de la femme devient par trop mauvais, on peut être obligé d'intervenir, et cela dans l'intérêt même de l'enfant.

M. Pozzi croit qu'une survie, ne serait-elle que de quelques mois, n'est pas une chose négligeable. D'ailleurs quand le cancer est opéré au début, la récurrence peut ne survenir qu'après des années. Pour M. Pozzi, la grossesse accélère beaucoup la marche du mal, et cela au

point que bien des femmes sont mortes avant d'accoucher.

La ligne de conduite conseillée par M. Pozzi se rapproche de celle qui est actuellement adoptée pour la grossesse extra-utérine : au début, opérez toujours ; après cinq mois, attendez. Se ralliant à l'opinion de M. Pinard, M. Pozzi déclare que, dans ce dernier cas, le moment idéal pour intervenir est le début du travail, mais, qu'en pratique, en dehors d'un service d'accouchement, cela est chose assez difficile. Enfin, M. Pozzi croit que l'intervention est moins grave quand on fait suivre l'hystérotomie de l'hystérectomie, car on enlève ainsi le foyer septique.

M. Pinard attache à la question de survie autant d'importance que M. Pozzi, mais ne voulant s'appuyer exclusivement que sur des faits, il demande si l'opération pratiquée au cours de la grossesse donne vraiment une survie plus considérable. Chez les deux femmes de M. Delanglade, si l'on tient compte de l'époque de la grossesse à laquelle on est intervenu, on voit que la durée de la survie a été sensiblement la même.

(*Soc. obst. gyn. et péd. — Gaz. hebd. méd. et chir.*)

[Nous reproduisons cette communication pour montrer les idées actuelles. On doit se rappeler que la seule ligne de conduite pour le catholique est celle de l'attente. *Red.*]

THERAPEUTIQUE

Traitement du furoncle et de l'anthrax par le gaz oxygène.

par J. THIBIAR.

On a tout essayé contre le furoncle et l'anthrax, on a dirigé contre eux des traitements sans nombre ; on n'a jamais réussi jusqu'ici à établir des règles simples et constantes pour les traiter efficacement à toutes les périodes où il est donné de les rencontrer. L'oxygène comble cette lacune ; il a une action constante quelle que soit la période de développement de l'affection. Plus jeune est le furoncle ou l'anthrax, plus facile il est de le guérir, car il est beaucoup plus simple de détruire des colonies microbiennes peu nombreuses encore qui peuplent le foyer malade dès le début de l'infection que de s'attaquer aux microbes innombrables qui ne manquent pas de se multiplier si on ne peut pas les combattre.

D'une façon absolue, l'oxygène s'oppose à la mortification caractéristique du furoncle ou de l'anthrax, il l'arrête dans son évolution. Il va sans dire que les éléments déjà frappés de mort, fibres conjonctives et élastiques, corpuscules granulo-graisseux et cellules épithéliales altérées, tout ce qui constitue en un mot le bourbillon formé, comme on sait, ces détritrus ne

peuvent pas revivre, ils doivent s'éliminer ; mais il n'en est pas moins vrai que, du moment que l'oxygène intervient, le processus gangréneux s'arrête ; la période d'élimination et de réparation commence immédiatement et la guérison s'opère avec une rapidité merveilleuse.

L'emploi de l'oxygène est bien facile, à la portée de tout le monde. Pas n'est besoin d'être un savant chirurgien, un brillant opérateur pour savoir s'en servir : le plus modeste praticien de campagne peut en faire usage avec la plus grande facilité.

Il suffit de se procurer une bombonne d'oxygène comprimé à 120 atmosphères comme le commerce nous en livre à si bon compte. A la tubulaire de cette bombonne on fixe un tube en caoutchouc terminé par une aiguille de Pravaz ou un tube en verre selon qu'on doit employer le gaz en injection sous-cutanée ou en insufflation dans des cavités infectées. La seule précaution c'est de régler le débit de l'oxygène ; on s'en rend compte en plongeant l'aiguille ou le tube dans de l'eau aseptique et en ouvrant alors peu à peu le régulateur : le bouillonnement du gaz dans l'eau fait facilement apprécier la rapidité et la quantité de l'écoulement. Ceci fait, après avoir au préalable aseptisé la région à injecter, on fait les injections dans la tumeur et à sa périphérie en y enfonçant la petite aiguille de Pravaz. Pour un furoncle, une seule injection bien faite à la base de la petite tumeur, ou dans son cratère, suffit ; si le bourbillon existe déjà on y fait également passer de l'oxygène.

Pour un anthrax volumineux il faut 4 à 6 injections qui le circonscrivent. S'il existe déjà un processus gangréneux, on injecte avec soin de l'oxygène dans tous les pertuis qui existent. En résumé, il faut avoir soin de largement insuffler tous les points infectés ou s'accumulent le pus et les bourbillons, il faut modifier les masses gangrenées, on doit surtout circonscrire le mal par une atmosphère d'oxygène, ne pas craindre de dépasser les limites de la zone envahie. C'est par la périphérie que gagne et progresse l'infection. C'est par la périphérie qu'il faut l'attaquer autant que par le centre.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce mode de traitement du furoncle et de l'anthrax, c'est sa rapidité d'action.

Au bout de peu de temps, l'anthrax devient insensible, les élancements douloureux n'existent plus ; dès le soir même, le lendemain, au plus tard, l'œdème périphérique a diminué ou même a disparu totalement ; le phlegmon induré, surélevé, rouge et si douloureux s'est affaibli, a pâli, la dureté ligneuse a fondu.

La lymphangite, lorsqu'elle existe, s'est effacée ; en un mot, la marche en avant de l'anthrax et du furoncle s'arrête instantanément, l'évolution est entravée, la tumeur rétrocede, la suppuration diminue et cesse ; en quelques jours tout se cicatrise.

Ce qu'il y a surtout de particulier dans l'action de l'oxygène, c'est le calme, l'apaisement que produisent

les injections. Au premier moment, lorsque l'oxygène pénètre avec force dans les tissus indurés et enflammés, il produit parfois une douleur assez forte due à la distension mais presque immédiatement arrive une atténuation remarquable dans les phénomènes douloureux qui ne tardent pas à disparaître complètement.

(La clin. des hôp. de Bruxelles — Méd. orient.)

PÉDIATRIE

Emphysème chez les enfants

L'emphysème chez les enfants se remarque surtout dans les familles arthritiques. C'est entre cinq et dix ans qu'ils commencent à souffrir d'oppression. Si on ne soigne pas ces petits malades, dès le début, la maladie va progressant.

Les petits emphysémateux ont souvent, en même temps que leur lésion pulmonaire, des manifestations cutanées : prurigo, eczéma, ichtyose, psoriasis, etc., et, chaque fois que la peau vient à être touchée on constate que leur respiration en redevient plus libre.

Ces enfants sont sujets à des bronchites congestives sèches, très soudaines et très mobiles dans leurs symptômes et qui ne donnent lieu qu'à une expectoration insignifiante. Cette forme d'emphysème s'améliore souvent après l'époque de la puberté, quand le développement physique se complète et les accidents diminuent sensiblement pendant longtemps ; cependant, à la suite d'une maladie intercurrente, ils peuvent renaître avec une nouvelle intensité.

Le professeur Lemoine donne le conseil de ne pas donner à ces petits malades les iodures alcalins qui amènent que trop souvent des poussées inflammatoires vers le pharynx ; il est préférable de leur prescrire l'iodure de fer, vu que ces petits arthritiques présentent généralement un état d'anémie et d'atonie. La règle sera de suspendre le remède une dizaine de jours chaque mois, pour pouvoir efficacement en continuer longtemps l'usage.

L'arsenic trouve aussi son indication chez les jeunes emphysémateux, ce médicament semble d'ailleurs mieux supporté par les enfants que par les adultes.

A un enfant de 8 ans, une dose quotidienne de 8 gouttes de liqueur de Fowler, peut être ordonnée pendant 15 jours successifs, chaque mois.

L'eau arsenicale de la Bourboule réussit très bien aussi à ces petits molades.

L'iodure d'arsenic est un remède dont on peut attendre d'excellents résultats.

Lorsque les enfants sont libres de manifestations cutanées, les bains salins leur seront salutaires, surtout s'ils sont empreints d'un certain degré de lymphatisme.

L'hydrothérapie tiède quotidienne mérite recom-

mandation : Tous les matins on pratique des lotions générales sur le tub, lotions que l'on fait suivre d'énergiques frictions au gant de laine, imbibé d'alcool aromatique ou d'eau de Cologne.

La baléation sulfureuse chaude convient aux petits malades arthritico-trumeux.

(Le médecin.)

Epilepsie dans la première enfance.

L'épilepsie peut se manifester dans les premiers temps de la vie, par le fait qu'elle peut être congénitale. Il paraîtrait — d'après les recherches de M. Chaslin — que dans l'épilepsie essentielle existe une malformation (sclérose névrogliques) des circonvolutions cérébrales et des olives du bulbe, pas toujours constatable à l'œil nu.

Nothnagel admet l'existence d'un centre convulsif dans le pont de Varole et il attribue, en même temps, un grand rôle dans la production des attaques aux nerfs vaso-moteurs. Les attaques doivent précéder d'une dilatation aiguë des vaisseaux de la moëlle allongée et surtout d'une anémie spasmodique du cerveau. On suppose, d'après cela, qu'à la suite d'une anémie cérébrale promptement développée — anémie qui peut résulter de la lésion du cerveau et être d'origine réflexe — la connaissance est abolie, tandis que le centre convulsif situé dans le pont de varole est irrité, amenant ainsi la sidération épileptique.

L'épilepsie de la première enfance, ne se manifeste pas de la même façon que chez les enfants grandelets. L'aura epileptica fait défaut ainsi que la chute qui accompagne ce phénomène.

L'attaque débute par un cri soudain semblable à celui du spasme laryngien, auquel succèdent des convulsions toniques et cloniques qui s'étendent généralement à tout le corps et s'accompagnent de perte de connaissance.

Chez les enfants âgés de plus de 2 à 3 ans, il existe fréquemment encore des différences frappantes dans l'apparition et la marche de l'épilepsie d'avec celle des adultes, en ce sens surtout que les accès n'affectent que des formes légères.

Comme début on ne constate souvent qu'un léger vertige ou une contorsion avec pâleur subite du visage ; le phénomène dure quelques secondes ; dans d'autres circonstances, les enfants en train de marcher, de traverser l'appartement, sont surpris par une sorte de syncope qui les forcent à chercher promptement un point d'appui. Steiner a trouvé, comme premier symptôme d'épilepsie consécutive, une secousse convulsive survenant dans quelques doigts, qui cessaient après une ou deux minutes ; Hénoch observa une convulsion de la paupière gauche ; West l'apparition du spasme nutans (salutation convulsive).

(Ibid.)

HYGIÈNE.

Technique des désinfections en clientèle.

D'après M. le Dr J. THIÉNOT, d'Abbeville.

(Suite.)

III. — MESURES DE DÉSINFECTION PUBLIQUE. —

Le seul instrument de désinfection dont dispose le service municipal et que les particuliers ne peuvent se procurer, même réduit de dimensions, à cause du prix élevé, est l'étuve de désinfection.

En somme, il est facile de se passer du service municipal et des ennuis et inconvénients qu'il procure : on remédiera à l'absence d'étuve par l'un ou l'autre des autres moyens de stérilisation. L'étuve bien maniée et surveillée donne toute sécurité, mais il arrive que les employés du service poussent trop haut la température et les objets sont roussis ou même brûlés, ou bien, ce qui est encore plus grave, l'étuve ne chauffe pas assez, et, comme elle a contenu des objets infectés, très dangereux, elle multiplie les contaminations et devient un agent d'infection et de dissémination de maladie. Evidemment, le fait est rare, mais il est possible lorsque ces instruments sont confiés à des subalternes ignorants qui ne tiennent pas compte de certaines précautions et ne savent pas faire fonctionner ces instruments pourtant si simples et si utiles.

Un inconvénient moins rare et tout aussi grave vient de ce que les étuvistes viennent de désinfecter un autre local avant de venir chez vous, ils ont manipulé des objets souillés et infectés, mais leur journée n'étant pas terminée, ils viennent dans votre maison avec des vêtements non désinfectés et se frottent à vos objets, touchent à tout, dérangent tout de place.

Telles sont les raisons pour lesquelles on ne saurait trop recommander aux familles, où l'on trouve des personnes propres et intelligentes, de faire elles-mêmes la désinfection avec soin et précaution.

En pratique, il faut avoir recours à trois moyens :

1° Tout le linge sera mis 12 heures à tremper dans une solution de sublimé au millième avant d'être tordu et envoyé au lavage ;

2° Dans tous les pièces on fera bouillir au bain-marie un demi-litre de la solution commerciale de formol à 40 p. 100.

Pendant cette ébullition, qui doit se prolonger une heure au moins et tant qu'il y a du combustible dans la lampe à alcool, ou le réchaud, la chambre sera hermétiquement close. Elle sera hermétiquement fermée 8 à 10 heures environ, si l'on veut donner le temps aux vapeurs formolées de produire un effet absolu ;

3° Les endroits où les liquides infectés auraient été répandus sur le sol, les escaliers, les boutons de porte, les objets dont il faut se méfier particulièrement seront en plus pulvérisés avec une solution d'acide phénique à 5 p.

100, ou de sublimé au millième, ou du mélange de ces deux antiseptiques ;

4° Les liquides infectés, les seaux, les pots de chambre, etc., seront désinfectés avec une solution de permanganate au centième, ou bien avec du sulfate de cuivre à 5 p. 100.

Par ces moyens très simples et peu dispendieux, on peut très bien désinfecter un appartement sans avoir recours au service public.

Si on veut faire les choses largement, on se procurera une lampe formogène de grand modèle, que l'on chargera d'un grand nombre de pastilles (autant de pastilles que de mètres cubes d'air), et un pulvérisateur de Lucas-Championnière à deux bords.

Toutefois, les petits modèles de ces instruments sont d'un prix peu élevé et, avec un peu plus de temps, rendent les mêmes services.

Mesures de désinfection pour le malade. — Il ne suffit pas, pour s'opposer à la propagation d'une maladie contagieuse, de désinfecter les locaux, les objets, linges et literie qui ont servi au malade, il faut encore que ce malade ne porte plus en lui, sur son corps, dans sa bouche, dans ses sécrétions, les germes de la maladie.

Pour diminuer la durée de la convalescence, pendant laquelle la maladie est encore contagieuse, on emploiera les bains, les lotions au vinaigre de toilette, aux antiseptiques aromatiques. Ces bains et lotions répétées diminuent de beaucoup la durée de la contagiosité.

Il faudra, surtout après la diphtérie, la scarlatine, bronchopneumonie, multiplier les lavages et irrigations de la bouche avec l'eau boricisée ou autres antiseptiques non irritants. Les douches, les bains de vapeur, les frictions sèches, le massage pourraient aussi être employés selon les cas, et auraient l'avantage de bien débarrasser le corps des microbes dangereux.

Moyens de contrôle. — La seule manière de s'assurer qu'une désinfection a été bien conduite et qu'un malade n'est plus contagieux pour son entourage, est de prélever à maintes reprises des ensemencements de poussières de la chambre suspecte, des parcelles d'épiderme, de sécrétions amygdaliennes, etc., selon le siège de la maladie, et de faire cultiver ces prélèvements dans des tubes de sérum mis à l'étuve. Si les microbes de la maladie incriminée font défaut dans tous les examens, si les examens négatifs sont répétés un nombre de fois suffisant, on peut déclarer que la désinfection du malade et du milieu ont été bien menés, et que le foyer épidémique est bien éteint.

(Rev. ill. polytech. méd. — Gaz. hebdom. méd. chir.)

FORMULAIRE

Formule contre l'amenorrhée.

Apiol cristallisé..... 20 grammes.
Huile stérilisée..... 100 —
Une seringue de Pravaz de 1 c. c. chaque jour.

A NOS LECTEURS

Avec ce numér nous augmentons considérablement le nombre de pages de notre revue, et en même temps le nombre d'exemplaires, qui est porté à 2500 cette semaine. Cet embonpoint, qui nous fait plaisir et est un sujet d'émulation bien légitime pour nous, est devenu nécessaire par l'augmentation du nombre et de nos lecteurs et de ceux qui annoncent dans notre journal.

Nous croyons devoir dire à nouveau, en cette circonstance, que "La Revue" est un organe libre, indépendant; elle n'appartient à aucune faction; aucune institution ne l'influence. Nous pourrions parler des procédés deshonorables de certaines gens qui tendent à faire croire que nous sommes hostiles à certaines organisations, à certains corps. Nous ne mentionnons ce fait que pour le désavouer ou l'oublier, car notre prospérité et l'appui que le public médical nous a toujours donné, démontrent clairement que ces malveillants se font plus de tort à eux-mêmes qu'à nous, cette confiance du public nous fait ressentir vraiment que nos efforts et notre indépendance, qui tendent à conserver la liberté de la presse et à être utile à la vérité, sont appréciés des gens vraiment sérieux et honorables. La Revue n'a en vue que la droiture, l'intégrité, le bien de la profession, le développement réel et rapide de la médecine canadienne et son devoir d'être utile au praticien en apportant à celui-ci chaque semaine des idées pratiques, des faits scientifiques clairs dont il a besoin dans l'exercice journalier de sa profession, éléments qui lui permettent de traiter ses patients avec fruit, d'une façon raisonnée et qu'il lui faut pour se maintenir au courant du progrès incessant de la médecine moderne et se mettre à la hauteur de tous ses confrères studieux.

Etre canadienne; mettre en relief la médecine du Canada, voilà ce qui sera désormais un de ses efforts. D'ailleurs relever cette médecine nationale et vouloir son unité a toujours été son désir.

Elle a été peut-être la première à lancer publiquement l'idée de former une grande famille canadienne médicale lorsqu'elle disait il y a deux ans : (1)

....." Nous faisons un appel fraternel à nos compatriotes des Etats-Unis et des autres provinces de la puissance de nous mettre au courant de leurs besoins, de nous faire rapport de leurs travaux. Il y a trop longtemps que nous, médecins canadiens-français — enfants d'un même pays, de mêmes institutions, — vivons isolés, chacun dans son canton. Il faut se réveiller, fraterniser en médecine comme en religion et en nationalité. L'idée d'un grand congrès médical national canadien français n'est pas à perdre de vue. Rallions-nous, connaissons-nous mieux, entreaidons-nous plus, médecins, d'une même famille."

Elle est heureuse de voir aujourd'hui ce désir sur le point de se réaliser. Oui, nous aurons nos grands congrès de langue française; à Québec d'abord, dans cette

ville essentiellement canadienne-française d'âme; dans cette vieille institution, l'alma mater de tout canadien français — l'université Laval — puis bientôt peut être au milieu de nos confrères au-delà "des lignes".

Quel grand pas vers l'union, vers la confraternité que ces congrès!

Désormais les travailleurs, les chercheurs trouveront facilement dans nos colonnes un index de tous les travaux canadiens intéressants qui paraîtront. Non seulement ces *Glanes Canadiennes* seront utiles à ces hommes d'étude et un stimulus pour tous, mais par leur intermédiaire nous ferons connaître et apprécier à l'étranger les travaux canadiens, leur nombre et leur valeur scientifique.

Il est presque pitoyable de constater la pauvreté de notre littérature médicale canadienne-française quand il s'agit de tracer à fond un sujet quelconque. Ce n'est pas que les observations, l'expérience, la science ait manqué ou manque encore parmi nos confrères, mais ils ne font pas assez connaître leurs travaux: tout est inédit et bien souvent on a enterré avec l'homme la précieuse expérience d'une vie pleine de science et de succès. C'est une faute grave qui est commise contre le progrès national. Nous connaissons bien des médecins, mûris dans la pratique et l'expérience, qui ont maintes observations, qui ont surmonté bien des difficultés de la clientèle dont la publication serait d'un grand secours à la profession et rehausserait la littérature nationale. Nous avons dit ailleurs que c'était aux aînés à doter cette littérature des fruits de leur grande expérience. Nous le répétons. L'homme dans sa jeunesse acquiert de la science, emmagasine des connaissances d'autrui et peu à peu les siennes propres; mais il vient un temps où il est moins apte à acquérir du nouveau ou une somme aussi considérable que jadis; on dirait ses cellules nerveuses saturées de nourriture intellectuelle, scientifique. Il sent maintenant le besoin d'élaborer ses connaissances multiples, cette expérience acquise; il travaille avec la somme qu'il a absorbée et elle se mûrit, se façonne et constitue son propre bilan intellectuel. C'est maintenant qu'il lui faut livrer à son pays, avant qu'il ne soit trop tard, le résultat précieux de son travail. Cette manière de faire pour le médecin mûri dans sa science, stimulerait les jeunes au travail, les forcerait à approfondir pratiquement au chevet du malade, les connaissances qu'ils absorbent tous les jours, mais auxquelles il manque l'effet du creuset de l'expérience personnelle journalière, pour leur donner le cachet qu'il leur faut. Connaissant par des écrits les travaux de ses devanciers, la nouvelle génération ne pourra que respecter leur mémoire, et calmer souvent une ardeur précoce, non forgée au marteau du temps et non trempée par l'expérience. Il n'y a que par ce moyen — le respect des aînés et l'étude de leurs travaux — que le jeune médecin tout imbu de haute science et d'ardeur apprendra la grande leçon de toute la médecine: *Experientia docet!*

(1) La Revue Médicale, 5 juillet 1899, t. III No 1, p. 1.

Nous aurons donc toujours plaisir à faire connaître à nos lecteurs tous les travaux publiés, et nous en extraierons au besoin les perles pour les faire briller au grand jour.

La Revue remercie de grand cœur, ses lecteurs de l'encouragement qu'ils lui donnent et c'est avec satisfaction qu'elle augmente ses pages, tout en laissant, malgré le surcroît de dépenses ainsi encourues, le prix de l'abonnement le même que précédemment.

Travaux Originaux

L'ANESTHESIE PAR LA VOIE LOMBAIRE. CERTAINES PARTICULARITES.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur de gynécologie à l'université Laval ;

Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, etc.

Nous venons apporter notre faible contribution à l'étude de cette question qui occupe incessamment le monde médical. Nous ne mentionnerons que les cas qui ont présenté certaines particularités.

Nos premières tentatives d'anesthésie lombaires, faites dans notre service à l'hôpital Notre-Dame, dans le mois d'octobre 1900, furent infructueuses, faute d'une aiguille convenable.

Voici une série de cinq observations dont deux (II et III) surtout semblent présenter un certain intérêt.

Observation I. — Eventration opératoire. — Liquide céphalo-rachidien très abondant. — Notre première réussite date du 5 mars 1901. Il s'agissait d'une éventration opératoire, survenue chez une fille de 67 ans, à la suite d'une hystérectomie abdominale, pratiquée il y a cinq ans pour myomes.

L'anesthésie s'est bien produite dans neuf minutes, et l'opération a pu se faire sans que la patiente manifesta aucun signe de douleur.

Les suites furent simples : quelques vomissements le jour même et un le lendemain. Aucune céphalalgie.

La solution employée était conservée en ampoules stérilisées et était vieille d'au moins trente jours. Nous avons injecté 15 gouttes de cette solution à 2 %.

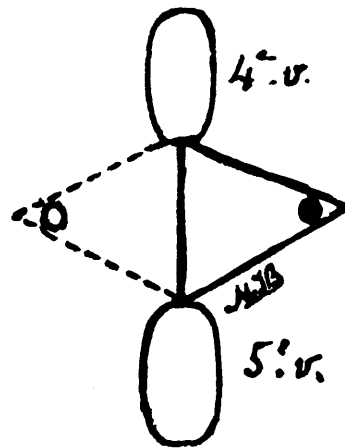
Particularités : La grande abondance du liquide céphalo-rachidien et la force avec laquelle il a jaillit au loin par jets, ne s'écoulant pas goutte à goutte. — Les suites très simples ; l'âge de la solution.

Observation II. — Le 11 mars 1901. Curettage utérin. — Dissociation des effets de la cocaïne : absence d'anesthésie locale.

Une jeune personne de 19 ans, souffrant de métrorragies à la suite d'une fausse-couche, de trois mois, chez qui un curettage utérin était indiqué.

L'injection est faite, après congélation de la peau au chlorure d'éthyle, au point d'élection (voir figure.). Nous injectons 15 gouttes d'une solution à 2 %, conservée en ampoules, vieille de trente jours.

Les vomissements apparaissent 7 minutes après l'injection et persistent avec instance pendant 5 jours. A eux s'ajoutent pendant tout ce temps une céphalalgie atroce. Le pouls et la température restent normaux.



Le point noir est le point d'élection.

Quant à l'anesthésie locale elle ne se produit pas, ou elle est tellement faible qu'on peut la dire nulle. La patiente est suivie attentivement pendant 24 heures en vue de l'apparition d'une anesthésie tardive possible, mais il ne s'en produit aucune.

Antécédents. — La patiente est issue de souche tuberculeuse ; elle n'a pas de stigmates d'hystérie, n'est pas névropathe ; elle ne présente nulle part des lésions organiques ; il n'y a pas de signes d'insuffisance rénale. La fausse-couche n'a pas donné lieu à de l'infection générale, à peine quelque chose de local ; elle a laissé une métrite fongueuse. La patiente n'a pas eu d'autres grossesses, ni d'infection gonococcique.

Particularités. — L'absence d'anesthésie locale, avec 15 gouttes ; symptômes généraux marqués et persistants. Donc, dissociation des effets.

Observation III. — Le 13 mars 1901. — Une hypéresthésie remplace l'anesthésie. — Fille de 27 ans, atteinte de cystite hémorragique dissimulé du col, post-opéra-

toire. Cette patiente avait été notre vingtième opérée de sympathectomie abdominale ; elle a été réopérée pour annexes adhérentes à la cicatrice gauche. Elle devait être cystotomisée, cette fois.

Nous injectons 20 gouttes d'une solution fraîchement préparée.

Trois minutes après l'injection surviennent des vomissements, une sensation de froid aux extrémités, des sueurs froides ; la personne est énermée, le pouls se ralentit et s'affaiblit. Il n'y eut pas de céphalalgie.

L'anesthésie locale est absolument nulle ; on constate, au contraire, dans toute la région qui aurait dû être anesthésiée, une *hyperesthésie* évidente au moindre atouchement ; une piqûre d'épingle produit une douleur vive.

Une cystotomie sus pubienne avec drainage permanent a dû être remise à plus tard ; quelques jours après elle a été pratiquée sous l'anesthésie chloroformique.

Le soir du jour de la piqûre rachidienne, il y eut vomissements, sensation de froids aux extrémités, sueurs froides. Le lendemain et les jours suivants, rien ; tout était redevenu normal.

La personne est névropathe, sans être hystérique. La première fois qu'elle a été endormie, au chloroforme, elle a eu une alerte bleue qui a failli l'emporter.

Elle ne présente aucune maladie organique. La suggestion est impossible.

Particularités. — Il y a eu encore ici dissociation des effets généraux et locaux ; l'anesthésie est remplacée par de l'*hyperesthésie*.

Observation IV. — Le 22 mars 1901. — *Homme. Fistule anale. Deux injections sans effet aucun — Solution de cocaïne altérée ; trop vieille. — Chloroformisation.*

Nous préparons 15 gouttes, mais par mauvais contact de la seringue avec l'aiguille, il s'en perd 4 ou 5 gouttes ; le patient reçoit environ 10 gouttes. Effets absolument nuls ; aucun, ni local ni général, ni immédiat ni éloigné.

La solution employée était vieille de 12 jours et avait été préparée en stérilisant trois jours de suite à 90° C.

Le lendemain, nous injectons 22 gouttes, sans aucune déperdition, d'une solution vieille de 13 jours, la même que la veille.

Aucun effet ni général ni local, si ce n'est une légère sensation de chaleur à la région fessière.

Quelques gouttes de la solution déposées sur la langue produisent à peine un peu d'engourdissement.

Le faute était donc dans l'altération de la solution, survenue depuis quelques jours, car le 15 mars nous avions injecté 17 gouttes de la même solution, chez un autre malade, avec plein succès.

Nous avons attendu 30 minutes pour voir les effets de cette seconde injection, puis n'en ayant aucun, le malade est endormi au chloroforme, *qu'il a très bien pris.*

Observation V. — Le 16 mars 1901. — *Malade très affaiblie et exsangue, infectée par un cancer utérin. Anesthésie lombaire pour l'ablation, de préférence au chloroforme.*

La malade portait un énorme chou-fleur épithéliomateux du col utérin ; celui-ci, de même que presque la totalité du col, est enlevé. L'opération est pratiquée dans le but d'arrêter les hémorragies et des symptômes infectieux qui minent rapidement la patiente.

Celle-ci est très affaiblie, présente un petit pouls fuyant, très rapide (118-125), des bruits anémiques au cœur et aux vaisseaux. Craignant le chloroforme et la malade elle-même demandant un autre mode d'anesthésie, nous lui injectons 17 gouttes d'une solution à 2 %, âgée de 5 jours. Effet local au bout de quelques minutes. La malade vomit sur la table, des aliments non digérés d'un repas pris 7 heures auparavant. L'opération s'est faite sans aucune sensation douloureuse.

Par la suite, la malade n'a vomit qu'une couple de fois. Dès le second jour elle s'est mise à manger avec grand appétit. L'anesthésie n'a produit chez elle aucune dépression.

Remarques — I. — Dissociation des effets. — Dans les observations II et III les effets locaux et généraux de la cocaïne semblent s'être individualisés. Nous avons eu des signes de l'intoxication générale bien prononcés et les symptômes locaux ont fait défaut ou ont été modifiés : de fait, dans un cas il y a eu une absence presque totale de l'anesthésie ; avec effet constitutionnel prononcé ; et dans l'autre, celle-ci a été remplacée par une *hyperesthésie*.

Ces faits sembleraient bien venir à l'appui des remarques judicieuses de Jaboulay, qui attire l'attention sur les deux anesthésies de la cocaïne : la locale et la générale. Il y aurait donc dans tous les cas des effets généraux et des effets locaux, qui habituellement existeraient ensemble, mais qui semblent indépendants tout en s'associant le plus souvent. A un moment donné, chez un sujet convenable, ces effets pourraient se séparer nette-

ment, se dissocier, l'un ou l'autre faisant défaut, ou étant atténué ou augmenté dans son intensité. Il existerait ce que l'on pourrait appeler *dissociation des effets*, des intoxications, des anesthésies.

II. *La solution de cocaïne.* — Les solutions qui ont vieilli un peu semble pouvoir perdre parfois d'un jour à l'autre leur force.

On pourrait, comme pis aller, essayer sur la langue, chaque fois, la solution avant de l'injecter. Surtout si elle n'est pas tout-à-fait fraîche. Ou pourrait éviter ainsi des erreurs de substances et juger approximativement de la concentration de la solution.

Certaines maisons de produits pharmaceutiques mettent sur le marché des solutions, en ampoules, bien titrées, et rigoureusement stérilisées, qu'elles disent devoir conserver leur force pendant trois mois. Nous conseillons à ces maisons de faire comme pour les sérums antitoxiques : mettre sur chaque ampoule la date de sa dernière stérilisation. Le médecin pourrait ainsi faire des observations plus exactes.

III. *La quantité injectée.* — Pour être certain, d'une façon absolue, de la quantité injectée, il ne faut pas oublier que les aiguilles employées contiennent de 3 à 6 gouttes suivant leur calibre interne. Lors de l'injection, l'aiguille est remplie de liquide céphalo-rachidien qu'il faut refouler dans le canal rachidien avant que la solution de cocaïne n'y arrive. Ceci fait autant de déplacement dans la seringue, dont il faut tenir compte. Ainsi une aiguille contient-elle 5 gouttes de liquide et la seringue est-elle chargée à 25 gouttes, la cocaïne ne commencera à pénétrer dans le canal rachidien que lorsque le piston marquera 20 gouttes ; c'est dès ce moment qu'il faut commencer à compter la quantité que l'on injectera. Lorsqu'on retirera l'aiguille, elle ressortira pleine de la solution cocaïnée — soit 5 gouttes.

Il faut voir à ce que la seringue employée s'adapte bien à l'aiguille, afin d'éviter une perte de liquide, qui peut passer inaperçue.

Il faut s'assurer que l'aiguille ne se bouche pas et que le liquide ne s'accumule pas en arrière du piston de la seringue.

Ces choses semblent tout élémentaires et faciles à éviter, mais elle causent parfois des ennuis, faute d'y voir.

Pour anesthésier la peau lors de la piqûre, le chlorure d'éthyle suffit et convient bien.

IV. *Le liquide céphalo-rachidien.* — Nous laissons

écouler habituellement autant de gouttes du liquide céphalo-rachidien que nous voulons injecter de gouttes de la solution de cocaïne, croyant conserver plus, ainsi, l'équilibre physiologique.

V. *Un écran.* — Pour ne pas cacher la figure et la partie supérieure du thorax, afin de pouvoir suivre attentivement la face et la respiration du patient et pour l'empêcher de voir ce qui se passe autour du champ opératoire, nous avons fait placer, entre l'opérateur et la figure du patient, un écran qui se fixe à la table et sur lequel on jette une toile stérile.

VI. *Point d'élection de la ponction.* — Ayant eu parfois des échecs dans l'introduction de l'aiguille, nous avons cherché un point de repaire qui pourrait rendre cette piqûre plus facile, plus mathématiquement exacte. Nous nous sommes arrêté au suivant : Nous choisissons l'espace entre la 4^e et la 5^e vertèbres lombaires sur la ligne de Tuffier. Nous limitons bien exactement la *pointe inférieure* de l'épine de la 4^e vertèbre et le *point culminant supérieur* de celle de la 5^e, et nous unissons ces points par une ligne verticale. Cette ligne nous sert à tracer un *triangle isocèle*, dont elle est la base, à droite ou à gauche de la ligne médiane ; *tout en dedans du sommet de ce triangle*, est le point de ponction ; et en dirigeant l'aiguille un peu *en haut* et *en dedans*, on pénètre très facilement, du premier coup, dans le canal rachidien sans s'exposer à toucher aux os. [Voir figure.]

Montréal, 200, rue Saint-Hubert.

Nous remercions monsieur le docteur Fleury, de l'hôpital Notre-Dame, notre interne en gynécologie, des notes cliniques qu'il nous a fournies sur certaines de ces observations. M. T. B.

Rapport de l'Asile des aliénés de Québec.

par J. O. SIROIS (Saint-Ferdinand d'Halifax.)

Nous accusons réception du " Rapport du surintendant médical de l'Asile des aliénés de Québec, pour l'année 1899.

Ce rapport, comme tout ce qui tombe de la plume élégante de M. le Dr Vallée, est d'une lecture très intéressante et très pratique.

Nous disons *pratique*, à dessein, parce que M. le Dr Vallée fait certaines observations dont tous les médecins peuvent tirer parti.

Ainsi, partant de l'internement des cas aigus de maladies mentales, M. le surintendant dit :

“ Comme conclusion je me permets de répéter encore une fois ce que j'ai dit dans mes rapports : Qu'on insiste moins pour nous faire accepter des débilos et des vieillards en enfance, mais qu'on se hâte de nous envoyer le plus tôt possible les cas aigus susceptibles de guérison ou d'amélioration. Le traitement, dans la folie comme dans toutes les autres maladies, réussit d'autant mieux qu'il a été commencé plus de bonne heure.....

“ Sous ce rapport, nous observons souvent une curieuse contradiction. Autant on fait d'efforts pour faire accepter des déments ou des idiots, autant on retarde quelquefois pour nous envoyer des malades qui devraient être traités immédiatement. En règle générale, on ne temporise pas bien longtemps pour le cas agités, turbulents, parcequ'on les redoute et cependant ce ne sont pas les plus dangereux. En somme, il est rare que ces malades fassent de bien mauvais coups. Mais il en est tout autrement des formes dépressives de la folie. Ceux-ci sont d'autant plus à craindre que, ne faisant pas grand bruit, ils trompent plus facilement la surveillance. Ainsi il n'est pas rare qu'on garde un “ mélancolique ” pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, jusqu'à ce qu'il ait fait quelque tentative dangereuse qui donne l'éveil.

“ Le prétexte dont on couvre cette négligence c'est que le sujet “ ne déraisonne pas ”. Pour un grand nombre le caractère essentiel de la folie c'est l'incohérence des discours ; on n'est pas fou sans cela. Or il arrive que ces préjugés entraînent des conséquences excessivement graves. On laisse faire jusqu'à ce que, à un moment donné, sous l'empire des idées obsédantes ou des impulsions irrésistibles que subissent ces malades, ils aient occasionné un accident déplorable.”

Pour prouver combien “ il importe de ne pas différer l'internement de certains aliénés qui de prime abord peuvent paraître inoffensifs, ” le Dr Vallée rappelle le cas de Bérubé, d'Inverness, qui jeta dans le poêle son enfant, âgé de onze mois, et celui de la femme Cloutier, de la Beauce, qui a fait brûler ses quatre enfants dans une grange, tous deux ayant présenté des signes de folie auxquels personne n'avait attaché l'importance voulue.

Beaucoup de médecins, surtout à la campagne, connaissent, par expérience, la somme de difficultés à tourner, de répugnances à surmonter, de craintes à dissiper — sans parler des conseils ignorés, des avis imprudents de gens que leur position et leur éducation devraient engager à favoriser et non contre-carrer le rôle du médecin — pour obtenir l'internement des aliénés, en général.

L'Asile, *les loges*, vaut mieux que le bain ou l'échafaud, le deshonneur n'est pas plus grand ! Ainsi raisonne la plupart de nos clients. Aux médecins de vaincre ces préjugés et ces idées fausses, de faire comprendre au gras public que “ les idiots sont des infirmes, les fous sont des malades ”, réclamant un traitement spécial, dans un hôpital spécialement destiné à cette fin. Avec un peu de bonne volonté, d'énergie, de patience, cette tâche serait relativement facile.

Que pensait-on des hôpitaux il y a quinze ou vingt ans ? Pour beaucoup l'hôpital était alors un endroit où l'on faisait mourir de faim des malades croupissant dans la malpropreté. Aujourd'hui quel changement dans l'opinion ! Un individu souffre-t-il d'un coryza ou d'un furoncle qu'il parle d'aller se faire traiter à l'hôpital.

Il en sera ainsi de l'*asile* si nous ne perdons aucune occasion de faire l'éducation du public sur son importance, son utilité, son absolue nécessité dans le traitement des maladies mentales.

D'ailleurs, si l'isolement est indispensable à la guérison de ces malades une autre considération doit nous engager à insister d'avantage auprès des parents, c'est que “ la folie n'est pas à proprement parler une maladie contagieuse, mais dans le milieu familial, alors qu'il y a “ prédisposition héréditaire, elle peut se communiquer. ” Voilà un fait parfaitement établi par les aliénistes.

M. le Dr E. P. Chagnon a publié dernièrement dans la “ Revue ” avec observation à l'appui, une intéressante étude sur cette question.

En second lieu, M. le Dr Vallée attire l'attention sur la manière de remplir les certificats d'internement.

Le passage suivant mérite considération :

“ A la demande de la Société médico-physiologique, le gouvernement a changé les formules B et C qui doivent être remplies par le médecin dans les cas d'internement d'aliénés. Ces modifications ont été demandées dans le but d'obtenir des renseignements plus détaillés et plus précis sur les malades qu'on nous envoie. Il y a peut être un peu d'amélioration sous ce rapport, mais il reste encore des progrès à faire. Un trop grand nombre de ces certificats sont vagues et ne donnent aucun détail sur la forme, sur la durée, ou sur les causes probables de la maladie. Cependant lorsqu'un médecin déclare qu'un sujet est atteint de folie, la loi exige qu'il justifie son opinion. Ce certificat doit donc être motivé par les renseignements obtenus des parents ou de l'entourage, mais aussi par l'observation personnelle du médecin. Il est à désirer qu'on apporte dans la rédaction de ces documents tout le

“soin possible. Ainsi, par exemple, en ce qui regarde l'hérédité il arrive souvent qu'on ne se donne pas la peine de s'enquérir sérieusement à ce sujet. Ainsi n'est il pas rare que nous découvriions après coup une hérédité assez chargée chez certains aliénés que les certificats déclaraient indemnes de toute tare de cette nature. Il serait pourtant de première importance de connaître un pareil détail.”

Voilà pour le côté pratique, au point de vue médical s'entend, du rapport.

Reste le compte-rendu des travaux de l'année à l'Asile de Beauport.

1179 malades — 640 hommes et 539 femmes ont été traités durant les douze mois.

La proportion des guérisons sur le nombre des admissions a été de 31.75 p. c.

Le traitement par le repos au lit dans certains cas a donné de bons résultats. On a recours à l'alitement pour trois catégories de malades : les agités, les déprimés et les épuisés. “Cependant, ajoute le surintendant, il ne faut pas s'exagérer la valeur de cette méthode et lui sacrifier tous les autres principes de la thérapeutique mentale. Ici, comme pour toutes les autres maladies de l'organisme, on ne doit pas oublier que ce sont des malades que l'on traite et non des maladies.”

Le travail et les distractions restent encore les facteurs les plus importants dans le régime moral des aliénés.

Vingt-neuf tableaux statistiques, annexés au rapport, permettent de suivre les mouvements de la population, la nature des différentes affections, leurs causes, le nombre de guérisons totales ou partielles, etc., des patients traités à l'Asile de Beauport depuis 1845.

Fait consolant : dans le tableau donnant l'occupation des malades admis durant l'année on ne voit pas figurer la profession de médecin !

Coq-à-l'âne médicaux.

La pupille d'Argyll-Robertson. — W. Harris (B.M. J.) dit que malgré que ce signe se rencontre surtout dans l'ataxie locomotrice, il peut se voir dans d'autres maladies, et que l'on doit le regarder comme une indication d'une syphilis antérieure, héréditaire ou acquise. Ce symptôme ne serait pas dû à une dégénérescence nucléaire, mais bien à une sclérose des fibres de Meynert.

Hyperleucocytose et appendicite. — Robin croit que

par une leucocytose prononcée on peut différencier une appendicite suppurée d'avec la colique, la fièvre typhoïde, la névralgie ovarienne, l'accumulation de matière fécale, et le rein flottant.

La contagion. — Une épidémie de fièvre scarlatine sévit dans le village.

L'institutrice. — Dites, petite Mabel, pourquoi n'êtes-vous pas venue à l'école hier ?

Mabel. — Pardonnez-moi, Mademoiselle, mais mamam était malade.

L'institutrice (anxieuse). — Comment va-t-elle ? Qu'est que le docteur a dit que c'était ?

Mabel. — Il a dit que c'était une petite fille, mademoiselle !

Procédé pour reconnaître le sang de différents animaux. — Uhlenhuth vient de signaler un procédé qui, s'il est confirmé, rendra les plus grands services au point de vue médico-légal. En injectant des lapins avec du sang défibriné de divers animaux, il aurait obtenu un sérum qui avec le sang d'un animal de même espèce, donnerait une coagulation caractéristique. Une trace de sang suffirait pour obtenir la réaction. On voit de suite la grande portée de cette découverte.

Appendicite médicale et appendicite chirurgicale. — Suivant A. L. Benedict (*J. Amer. Med. Asso.*), les points qui suivent décideraient du diagnostic : — 1°. *La température.* Si au début la température est au-dessus de 102° F., il faut opérer, à moins qu'il ne puisse être question d'hystérie. Une fièvre même de 100° ou de 101° F, qui persiste le second jour indique habituellement une intervention. Les cas qui présentent les oscillations d'une fièvre septique, ne doivent pas être confondus avec la malaria. — 2°. *Le pouls.* Des lésions septiques et gangréneuses se révèlent souvent par un pouls petit, rapide et faible, sans élévation de température—90° à 100° — 3. *Le sang.* — Une hyperleucocytose — au-dessus de 20,000 — indique une intervention. Par un décompte leucocytaire différentiel, il faut s'assurer qu'il y a prédominance des polynucléaires. — 4. *La sensibilité locale.* Dans les cas aigus, il est préférable de ne pas rechercher l'appendice. La défense musculaire dans le tiers inférieur droit de l'abdomen est plus significative qu'une rigidité unilatérale ou générale, pour indiquer un foyer enflammé. L'ulcération typhoïde, la typhlite, etc., produisent moins de défense qu'un foyer localisé. Il faut toujours comparer les deux côtés au point de vue de la sensibilité et de la défense musculaire. — 5. *Le*

vomissement. Le vomissement avec rejet au loin des matières, accompagné de beaucoup de nausées, pointe vers une lésion en foyer qui envahit le péritoine. Ce genre de vomissement se voit peu dans la typhilité ou la colite généralisées, mais se rencontre plutôt dans l'appendicite, l'obstruction biliaire, les annexites, ou dans la constipation avec coprostase et distension de l'intestin amenant une tension du péritoine, ou encore dans les compressions externes de l'intestin avec pincement du péritoine. 6°. *L'urine.* La présence de l'indican est le point important. L'indican est en excès dans la plupart des cas de typhilités et d'appendicites. Si parmi d'autres signes pointant vers l'appendice, l'indican est absent, mais que l'urine contienne une quantité suffisante d'urée, de façon à éliminer l'insuffisance rénale, on peut exclure, en grande probabilité, une typhlite avec stagnation et putréfaction du contenu intestinal, de même qu'une grande collection de pus. 7°. L'état général du patient et la persistance des symptômes.

Gerçures du sein. Emploi de la chlorétole et de l'adrénaline (Nire.)— Nous avons employé, avec avantage, dans deux cas de fissures très douloureuses du sein, accompagnées d'une forte inflammation locale, d'abord la solution d'adrénaline (Parke, Davis & Co.) comme décongestionnant. Nous trouvons cette préparation plus commode et plus active que celle de la poudre d'extrait de la capsule surrénale. Nous laissons agir la solution pendant une dizaine de minutes ou plus. Pour calmer la douleur, nous lavons le mamelon avec une solution saturée de chlorétole, puis nous appliquons une pommade à 25 %, à base de chlorétole dans la lanoline. Parfois nous appliquons la poudre en nature.

NIRE.

Revue analytique

GLANES CANADIENNES

The Montreal Medical Journal. (Fev. 1901)

Fièvre typhoïde : symptômes indiquant une perforation probable de l'intestin ; opération : absence de toute perforation ou de lésion du péritoine, (Mont. Med.-Chir. So., nov. 1900), par le docteur H. A. LAFLEUR. Le 17^e jour la patiente, âgée de 39 ans, présenta des signes de perforation et le docteur Armstrong opéra 10 heures

après le début de ces symptômes pour ne trouver dans le ventre aucun épanchement ou trace de péritonite ou de perforation, seulement deux ganglions lymphatiques très engorgés. On fit un lavage avec deux litres de sérum artificiel. Tout alla bien. Le docteur signale le fait que dans les cas douteux il vaut mieux intervenir; il dit qu'à l'avenir, il donnera plus d'importance à la défense musculaire, qui était absente ici. Il manifeste un peu de désappointement dans les renseignements fournis par l'examen du sang; cette malade a donné 10,500 à 17,000 leucocytes par mm. cube, et, comme on le sait, une leucocytose prononcée offre une présomption de perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Le docteur W. F. HAMILTON rapporte un cas presque identique au précédent; les symptômes débutèrent le 14^e jour et une laparotomie fut faite deux jours après par le docteur Garrow et donna un résultat négatif. Le décompte globulaire montra 14,000 leucocytes. Le malade, âgé de 18 ans, guérit.

Résection du colon pour néoplasmes malins, par le professeur JAMES BELL (Mont. Med.-Chir. Soc., jan. 1901). L'auteur rapporte deux cas avec guérisons. Un homme de 30 ans, malade depuis octobre 1899, avait maigri beaucoup et portait une tumeur à la région cœcale. Une incision exploratrice fut faite le 12 sept. 1900 et une opération, le 22 septembre. La tumeur, comprenant tout le cœcum, le colon ascendant, les trois quarts du colon transverse et une masse de glandes dans le m^eso-colon et l'épiploon gastrocœlique, fut extirpée. L'extrémité inférieure de l'iléon fut abouchée à la portion périmérique du colon transverse, par le procédé de Maunsell. Le malade eut une hémorrhagie, suppura, mais guérit, et semble en bonne voie actuellement.

L'examen histologique fit reconnaître du carcinome.

Le second cas est celui d'un homme âgé de 45 ans, porteur d'une tumeur sarcomateuse du cœcum, nettement limitée. Opéré par le même procédé que le cas précédent, le 10 janvier 1901. Le malade va bien pour le moment.

Trois amputations de la cuisse pour ostéomyélite, par le professeur JAMES BELL. (Mont. Med.-Chir. So. jan. 1901.) Trois guérisons.

Fièvre typhoïde. — Le docteur D. B. GILLIES, fait une longue et intéressante étude des cas de fièvre typhoïde traités à l'hôpital Royal-Victoria durant l'année 1900. Il y eut 7.7 % de mortalité. 151 cas ont été traités durant ce temps; la mort eut lieu trois fois par perforation, trois fois par hémorrhagie et quatre fois par intoxication profonde. La durée moyenne de la fièvre a été de 25 jours. — On a peu incriminé le lait dans deux cas. — Le séro-diagnostic n'a été négatif que dans un cas. Dans un cas, la réaction fut présente dès le quatrième jour, dans une autre elle ne fut positive qu'au 33^e jour. La réaction fut faite sur 96 malades le jour de

leur congé et ne fit défaut que sur 6. — La réaction d'Erlich se rencontra dans 34 % des cas.

Notes sur la tuberculose. — Les docteurs MARTIN et TOOKÉ font une étude sur des cas de tuberculose observés à l'hôpital Royal-Victoria. Ils insistent sur l'importance d'examiner attentivement les cas atypiques, les patients qui semblent peu atteints, où il y a peu ou pas de toux, et peu ou pas d'expectoration. Quelques sujets en apparence très bien ont présenté des hémoptysies du début ; ils insistent sur la nécessité de surveiller et de traiter ces hémoptysies qui sont souvent les précurseurs de la tuberculose. D'après ces observateurs, l'expectoration donne peu de renseignements précis. Ils ont remarqué que souvent la tuberculose débutait par les signes classiques de la bronchite aiguë. Ils rappellent le fait que la plupart des cas de tuberculose latente, cachée se présentent pour des troubles gastro-intestinaux et hépatiques. Quant à la température, malgré que la fièvre soit un fait caractéristique, les auteurs ont été frappés du nombre de malades dont la tuberculose évolue en présentant une température souvent normale, — peut-être par le fait du repos.

La Société médicale d'Ottawa (dec. 1900)

Le docteur HORSEY présente un cas de *cataracte double à maturation retardée*, chez une femme de 85 ans. Pour hâter le processus, il fit une iridectomie, et le massage du cristallin : un mois plus tard il put extraire la cataracte avec de bons résultats.

Traitement de la pneumonie aiguë. — Le docteur DOWLING rapporte l'expérience de plusieurs années dans le traitement de cette maladie dans les chantiers.

Appendicite avec siège non habituel de la douleur. — Le docteur PRÉVOST présente l'appendice perforé en deux endroits, d'un patient chez qui la douleur était à gauche. A droite il n'y avait ni douleur ni sensibilité à la pression. Il y avait de la matité et de la défense musculaire des deux côtés. C'était la seconde attaque, à trois ans d'intervalle ; la première avait été accompagnée de douleur à droite et de vomissements. — Il existait un peu de péritonite diffuse et le bassin était plein de séropur.

Tétanie. — Deux cas sont rapportés par le docteur BRADLEY. Une femme de 30 ans avec dilatation de l'estomac et ptoses viscérales. Elle avait eu des contractions symétriques et douloureuses des mains, des avant-bras et des pieds ; pas de perte de connaissance ; pouls et température normaux ; ces symptômes avaient duré une heure et étaient revenus trois jours après, précédés de céphalalgie occipitale, d'engourdissement dans les mains et les pieds, et un brûlement dans les os ; de la faiblesse et de la titubation suivirent l'attaque. Deux semaines plus tard, le spasme est revenu accompagné de prostra-

tion et d'hallucinations. Six mois plus tard, une nouvelle crise. Le second cas était celui d'un enfant de quatre ans, rachitique, qui avait eu une attaque quatre ans auparavant. La crise actuelle était apparue après une gastro-entérite de trois semaines ; la tétanie persista jusqu'à trois jours avant la mort. Le larynx fut respecté.

Par le docteur MACCARTHY, un cas de *syringomyélie*. Chez une femme de 50 ans, un cas de *syphilis cérébrale* amélioré par l'iode de K. et un cas d'*ataxie locomotrice* bien amélioré par l'arsenic à dose toxique et la strychnine hypodermiquement, 1/30 gr. trois fois par jour. L'iode avait été sans effet.

Laminectomie pour un cas de fracture et de dislocation de la colonne vertébrale, par le docteur J. F. KIDD. Le patient avait la moëlle comprimée par la première dorsale ; on fit une laminectomie sur cette vertèbre et sur la 12^e dorsale ; le deuxième jour le patient put vider sa vessie seul, et cinq mois après il put sortir du lit.

Trachéotomie. — Le docteur J. D. COURTENAY fit une trachéotomie pour une obstruction qui semblait due à un abcès ganglionnaire. Une semaine plus tard le patient expectora un morceau de cartilage calcifié. Diagnostic incertain.

Otite moyenne purulente, consécutive à la rougeole. M. Courtenay rapporte un cas compliqué de symptômes cérébraux, paralysie de la troisième paire et demi-coma avec spasmes. L'enfant mourut.

Appendicite. — Le docteur KIDD relève le cas d'un enfant de 15 ans, chez qui la douleur, avant de se localiser au point de Mac Burney, est restée ombilicale pendant trois semaines. — Le docteur montre un entérolithe phosphatique enlevé d'un appendice.

Corps étranger dans la cavité abdominale. — Le docteur CHABOT montre un porte-plume enlevé du ventre d'une femme, qui s'était introduit ce corps étranger dans la vessie pour soulager du prurit et une miction fréquente. Une cystotomie sus-pubienne ne donna rien. Une laparotomie fit découvrir le porte-plume adhérent aux intestins et beaucoup de liquide jaune verdâtre dans la cavité péritonéale. Drainage. Guérison.

Hémoglobinurie. — Le docteur GIBSON cite un cas de cette affection chez une jeune femme ayant souffert de grippe avec pneumonie droite. L'urine est redevenue normale après quinze jours.

Hémiplégie embolique chez une jeune femme de 22 ans, rhumatisante et ayant un murmure présystolique. — Dr Gibson — Deux mois après le début la parole est limitée à quelques mots, mais la patiente peut répéter les mots qu'on lui dit, et elle peut copier tout ce qu'on lui écrit.

Le traitement des difformités rachidiennes par l'exercice et les positions. — Le docteur TAIT MACKENZIE, de Montréal, fit une très intéressante conférence sur ce sujet.

M. T. B.

Traitement prophylactique et curatif de la tuberculose

“The Canadian Practitioner and Review”, de janvier, rapporte au long un article du Dr George H. Hodge, lu devant l'association médicale de London, Ont. sur “The Preventive and Curative Treatment of Pulmonary Tuberculosis”, *Le traitement prophylactique et curatif de la tuberculose.*

Le Dr Hodge, a fait là un travail très intéressant et très instructif. Il place la maladie à point, en rapport avec les données actuelles de la médecine.

Pour instituer un traitement rationnel, il faut, dit l'auteur, connaître la cause, l'anatomie pathologique de la tuberculose et pouvoir faire un diagnostic précoce, qui seul peut faire espérer une guérison.

Il traite donc successivement de l'étiologie, de l'anatomie pathologique — de la possibilité de contagion, de la prédisposition héréditaire, etc.

Pour établir un diagnostic précoce, il faut étudier la toux, les crachats, la température. Il passe ensuite aux symptômes physiques, que l'auscultation et la percussion nous aident à dépister. Le reste de l'article traite de la prophylaxie et de la cure de la tuberculose.

Les deux grands facteurs de la dessimination de la tuberculose, sont le lait et les crachats. D'où stérilisation du lait et la désinfection des crachats. Les tuberculeux ne doivent jamais cracher dans des mouchoirs, jamais par terre, etc.

L'auteur termine par le traitement curatif ; il fait mention de la séro-thérapie, de la tuberculine, qui jusqu'ici n'ont donné que des résultats médiocres ou nuls. Un seul moyen de combattre la maladie, nous reste : c'est d'augmenter la résistance du patient, c'est de donner une espèce de suractivité à la nutrition.

Il faut surveiller la digestion, l'assimilation, dans chaque cas ; chaque cas en effet, pouvant demander des soins différents, particuliers.

Un changement de climat au début de la maladie est très recommandable, mais une telle démarche paraît cruelle quand la maladie est déjà avancée. A cette période c'est le repos, ce sont les petits soins de la famille dont le patient a besoin (home comforts).

Après avoir insisté sur les soins hygiéniques à prendre pour ce qui regarde l'exercice, les bains, les vêtements, l'auteur termine par les médicaments, qui sont l'huile de foie de morue, les hypophosphites, l'arsenic et la strychnine dans les troubles digestifs, la créosote et ses congénères.

Kyste hydatique du pancréas.

Le Dr Peters, de Toronto, rapporte un cas de kyste hydatique de la queue du pancréas, opéré par le procédé Greig Smith, sur un jeune homme de 20 ans. Guérison. Ça serait le premier cas rapporté, de kyste hydatique du pancréas.

DEROME.

Revue des journaux

MEDECINE

Glycosurie et diabète dyspeptiques.

par M. Robin (Acad. de méd.)

Parmi les retentissements des dyspepsies sur le foie, il faut citer la glycosurie qui se présente dans ces conditions avec des caractères spéciaux. Elle s'observe sous forme de glycosurie simple ou de diabète dyspeptique.

La glycosurie simple des dyspeptiques hypersthéniques se rencontre dans 5 p. 100 des cas. Elle est irrégulière, toujours minime, varie de 5° centigrammes à 6 grammes par litre ; elle n'existe jamais que dans l'urine de la digestion et manque dans l'urine du jeûne ; dans la moitié des cas elle coïncide avec l'albuminurie digestive.

La nutrition élémentaire est caractérisée chez ces malades par une exagération des échanges de la desassimilation azotée et de l'excitation du système nerveux.

Il n'y a pas de symptômes de diabète. Le malade a seulement un appétit exagéré, un estomac distendu, un foie hypertrophié, de l'hyperchlorhydrie gastrique.

On trouve aussi des vertiges, de la phosphaturie terreuse, des dermatoses, des hyperhydroses, des troubles oculaires et auriculaires.

Si, dans un certain nombre de cas, les troubles gastriques sont secondaires au diabète, le plus souvent c'est le diabète qui est consécutif à la dyspepsie.

Cette distinction est importante, car le diabète dyspeptique peut céder au traitement, tandis que le diabète primitif lui résiste ordinairement.

Ainsi que je l'ai déjà démontré, le diabète n'est pas une maladie caractérisée par un ralentissement de la nutrition, mais au contraire par une excitation de la nutrition, un hyperfonctionnement du foie : en effet, tous les médicaments qui excitent la nutrition aggravent le diabète, tandis que les médicaments qui la ralentissent améliorent le diabète ; ainsi l'antipyrine diminue la glycosurie, le pyramidon l'augmente.

La glycosurie indique toujours une hyperactivité des fonctions hépatiques. Elle est en rapport avec l'hy-

persthénie gastrique des sujets dyspeptiques chez lesquels on l'observe.

L'excitation du foie, d'abord intermittente, peut devenir permanente; le diabète vrai d'origine dyspeptique est alors créé.

La glycosurie dyspeptique guérit par le traitement de la dyspepsie hypersthénique: l'administration de poudre alcalino-terreuses après les repas suffit souvent. Dans les cas plus sévères, le régime lacté absolu donne de bons résultats; tandis qu'au contraire on sait que le régime lacté est très défavorable chez les diabétiques vrais.

Quand le diabète dyspeptique est constitué, on commence par diminuer la quantité de sucre éliminé, par un régime, puis on applique le traitement de la dyspepsie.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Céphalalgies justiciables de l'acétate d'ammoniaque. par LIÉGEOIS.

L'acétate d'ammoniaque n'apaise pas la céphalée, accompagnée de bouffées de chaleur à la face et d'un sentiment de plénitude générale, qui récidive après chaque repas pendant le travail de la digestion chez les neurasthéniques hypopeptiques ou à l'estomac dilaté; seule une infusion aromatique ou carminative très chaude lui convient.

On ne serait pas plus heureux chez les neurasthéniques avec l'acétate d'ammoniaque contre cette céphalée, qui n'a rien à voir avec les repas, consécutive à des soucis ou à des émotions, coïncidant avec de l'injection faciale, des éblouissements, des bourdonnements et des sifflements d'oreilles, avec une sensation de bouillonnement et de fermentation dans le cerveau, que les battements très prononcés des artères cervicales et temporales et parfois la mydriase autorisent à regarder comme le résultat d'une congestion momentanée de l'encéphale par dilatation active de la carotide. Rien ne vaut, dans ce cas, les lotions sur la nuque avec l'éponge trempée dans un liquide irritant tiède ou 40 centigrammes de bromhydrate de quinine.

Où l'acétate d'ammoniaque se montre au contraire efficace, c'est contre la céphalée matutinale des neurasthéniques pâles et même chlorotiques, qui s'atténue spontanément après les repas, qui n'apparaît pas pendant le travail de la digestion, au cours de laquelle on n'observe ni congestion de la tête, ni battements ou soulèvements extraordinaires du système artériel carotidien, mais seulement une impression pénible de vide intra-cérébral, la vague idée d'un étai, d'un casque qui comprime le front, les tempes, la région sous occipitale ou la tête tout entière. On fait prendre en une fois, 5 grammes d'acétate d'ammoniaque liquide dans un verre d'eau de mélisse ou d'eau sucrée avec une cuillerée de

sirop d'écorce d'orange amère. La céphalée cède rapidement. Wright, qui s'était rendu compte des effets salutaires de l'acétate d'ammoniaque dans les céphalalgies, avait imaginé une potion à 15 grammes d'esprit de Mindererus pour 20 grammes de teinture et de sirop d'écorce d'orange amère et 50 grammes d'eau. Le tiers de la potion dissipe la céphalée neurasthénique hypersthénique, à la condition qu'il soit administré en une fois et non par cuiller d'heure en heure.

L'acétate d'ammoniaque liquide, à la même dose, a fourni des succès dans l'angine de poitrine vasomotrice des neurasthéniques, et aussi des hystériques: dès le début du paroxysme une cuiller à café d'esprit de Mindererus dans de l'eau sucrée ou de l'eau de mélisse.

L'auteur prescrit 5 grammes d'acétate d'ammoniaque liquide en une dose, contre les douleurs dysménorrhéiques. La migraine vulgaire vaso-constrictive contemporaine de l'écoulement menstruel tire profit de cette médication; elle en éprouve un réel soulagement quoique sa durée reste la même. Et comme il faut à ce moment chez les femmes être ménagé des nervins, l'esprit de Mindererus peut être employé sans le moindre inconvénient. On peut recourir aussi à ses bons offices palliatifs dans la migraine vulgaire vaso-constrictive qui survient pendant l'époque menstruelle.

(Journ. des prat. — Ind. méd.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Compte-rendu analytique de la séance du 27 mars 1901.

Présidence du docteur HERVIEUX.

Distribution gratuite du lait aux nourrissons pauvres.

Au mois de décembre dernier, à une assemblée de la Société médicale, M. le docteur Dubé faisait une conférence sur "La mortalité infantile et les moyens de la diminuer."

Comme moyen pratique de remédier à cette mortalité alarmante, le conférencier suggérait la fondation, dans les quartiers canadiens-français de Montréal, de consultations pour nourrissons.

Depuis quelque temps, plusieurs médecins s'intéressent au projet et paraissent vouloir le mener à une fin pratique.

M. Boucher, qui s'occupe activement de la question avec MM. Cormier et Dubé, fait part à l'assemblée du résultat de leurs démarches.

L'œuvre consistera à placer des dépôts de lait à différents endroits de la ville, où les mères des enfants pauvres pourront aller chercher, chaque jour, la ration de lait de leurs enfants. Ce lait sera pur, pasteurisé ou stérilisé au besoin; il pourra être dilué proportionnellement à l'âge de l'enfant. Chaque ration, correspondant au repas du nourrisson, serait mise dans une bouteille.

Chaque enfant serait pesé toutes les semaines.

Pour ne pas payer le lait, il faudra produire un certificat de médecin.

Une installation de ce genre, à Montréal, paraît très réalisable et coûterait relativement bon marché.

Le lait serait fourni par un fermier qui demeure à proximité de la ville. "L'Institut vaccinal de Montréal" offre son laboratoire à titre gratuit, pour la stérilisation ; plusieurs pharmaciens ont déjà offert leur local pour servir de dépôt. Un grand journal quotidien offre son puissant concours et promet la réussite de l'œuvre. Il se fait fort de trouver un nombre suffisant de femmes patronnes qui se chargeraient des souscriptions.

La "Société médicale" a décidé, à l'unanimité, d'accorder son patronage à cette œuvre éminemment philanthropique.

Plusieurs organisations de ce genre fonctionnent avec succès dans d'autres villes.

Projet d'association des médecins français de l'Amérique du Nord.

Le comité qui a été nommé pour s'entendre avec nos confrères de Québec et discuter le projet du Dr. Simard, doit se réunir cette semaine et faire rapport à la prochaine séance de la Société.

Traitement de l'hydrocele par retournement de la vaginale.

M. Mercier croit que cette méthode de traitement est appelée à remplacer toutes les autres. Ce procédé opératoire est relativement nouveau, puisque c'est Vaudrun, de Nancy, qui l'a signalé le premier, en 1893, et qu'il n'y a que deux ans qu'il est pratiqué à Paris, par Legueu :

Après avoir passé en revue les différents traitements pratiqués jusqu'à aujourd'hui, il en arrive à cette conclusion.

Avec la ponction simple nous avons presque toujours récidive ; la ponction iodée peut guérir, mais bien moins vite que l'opération radicale, puisqu'elle provoque des inflammations chimiques qui durent au-delà de 15 jours ; l'incision et l'excision partielle sont exposées aux récidives ; l'excision complète exempte les récidives, mais elle expose aux hémorragies quand la tunique est épaissie. Ce procédé est plus long que le retournement de la vaginale.

La technique du retournement de la vaginale est simple. Il consiste à inciser, tout comme pour l'excision complète, depuis le scrotum jusqu'à la vaginale, qu'on prend soin de ne pas perforer.

Il est alors facile d'isoler la poche. Une petite incision est faite en haut pour que le liquide sorte en jet ; quand le liquide est complètement évacué, l'ouverture est agrandie juste pour laisser passer le testicule, qui se présente immédiatement.

On procède alors au retournement de la vaginale,

de façon que la surface sécrétante devienne en dehors et celle d'en dehors, à l'état normal, devienne en dedans. On referme avec un surjet l'ouverture qui avait servi à laisser passer le testicule ; les autres couches sont pris par une seule suture. Cette opération est très rapide.

Si la sécrétion continue, elle doit se résorber au fur et à mesure de sa production. Cela n'a rien de surprenant, puisque chez un sujet qui devait être opéré par M. Mercier et qui eut une rupture de sa vaginale pendant la nuit, il ne restait aucune trace, le lendemain matin, d'un épanchement de près d'un litre. Tout avait été résorbé.

Quatre cas ont été opérés par le conférencier et lui ont donné de bons résultats ; son interne a opéré un cinquième cas, et a réussi aussi bien que lui.

RHEUME.

NOTES DE PHARMACIE PRATIQUE.

par J. W. LECOURE,

Professeur de matière médicale et de pharmacie

à l'École de pharmacie de Montréal

James Fever Powder. — Réponse à B. C. C'est la Poudre Antimoniale de la Pharmacopée Britannique : préparation très estimée en Angleterre comme fébrifuge et diaphorétique. Dose, 3 à 5 grains.

Sirop de scille et carbonate d'ammoniaque. — On associe souvent ces deux médicaments, cependant ils sont incompatibles. Le sirop de scille contient de l'acide acétique en excès considérable, et cet acide transforme le carbonate d'ammoniaque en acétate. Si on désire associer dans une potion, de l'ammoniaque sous forme de carbonate, et du sirop de scille, il faut remplacer le sirop par une quantité correspondante de la teinture de scille et du sirop simple.

Posologie du cacodylate de soude. — On semble oublier assez souvent que les cacodylates sont des préparations arsenicales. Le docteur Murrell, une autorité en toxicologie, donne l'alarme dans un article publié par la Lancet, de Londres. Il cite un cas où quelques doses d'un grain de cacodylate de soude ont produit des symptômes marqués d'intoxication arsenicale. Rocaz recommande pour prévenir les effets cumulatifs possibles des cacodylates, d'en suspendre l'administration de temps en temps pendant le traitement.

Naphtol A. et Naphtol B. — Dans un article publié par la Therapeutic Gazette, Maximowitch prétend que la préférence généralement accordée au naphtol B. sur le naphtol A. n'a pas de raison d'être. L'auteur dit que le naphtol A. est trois fois plus antiseptique et trois fois moins toxique que le naphtol B. De plus le

naphtol A. est le moins irritant des deux pour les muqueuses de la bouche et de l'estomac. La formule suivante est recommandée ;

Naphtol A.....	45 grains.
Eau de menthe.....	1 drachme.
Chloroforme.....	10 minimes.
Huile de ricin q. s. pour.....	3 onces.

Dose pour un enfant de 10 ans, une à quatre cuillerées à thé.

Incompatibilité. — Réponse à Scalpel, Montreal. La potion en question, (sulfate de quinine, teinture de fer et acide sulfurique) devient incolore à cause de la réaction entre l'acide et le chlorure ferrique de la teinture. Ce sel, par l'action de l'acide sulfurique, se transforme en sulfate ferreux, qui, en solution est presque incolore. Dans le cas présent vous avez sans doute prescrit l'acide sulfurique, dans le but de faciliter la solution du sulfate de quinine. Supprimez l'acide qui est inutile, même nuisible à cause de son action sur le sel de fer. La teinture de fer contient un excédent d'acide plus que suffisant pour dissoudre le sulfate de quinine.

Précision dans les ordonnances. — Tous les jours, les pharmaciens reçoivent des ordonnances indiquant des médicaments dans le genre de ceux-ci. Elixir de bromure de soude, Elixir d'iode de strontium, Sirop aux hypophosphites comp, Pilules cathartiques et combien d'autres analogues ? Et sans la moindre indication sur la proportion des médicaments actifs dans les sirops, les pilules, les elixirs, etc. La Pharmacopée Britannique ne donnant pas de formules officinales pour ces préparations où le pharmacien doit-il se renseigner ? La coutume, dira-t-on peut-être, est assez bien établie pour lui fournir tous les renseignements qui lui sont nécessaires dans ces cas. Erreur, erreur profonde même, car chaque pharmacien a ses formules à lui pour ces préparations qui ne sont pas reconnues officiellement par la pharmacopée d'où un défaut d'uniformité dans les produits délivrés sur les ordonnances vagues ou ambiguës dont il est question.

Prenons comme exemple le sirop aux hypophosphites comp. Sous cette désignation des plus ambiguës, on délivre des sirops qui ne contiennent que des sels de chaux, soude et potasse, et aussi d'autres qui, outre ces sels, contiennent de la quinine, du fer, de la strychnine, etc. ; de plus, tous ces médicaments sont combinés en proportions variables, mêmes très variables, suivant la science ou l'intégrité des pharmaciens, qui dans ces cas n'ont par d'autres guides.

Quand on prescrit des préparations pour lesquelles la Pharmacopée Britannique ne donne par de formules officinales, on doit toujours indiquer sur l'ordonnance le nom de la pharmacopée étrangère qui donne la formule s'il y en a une, Ainsi : Syrupus Hypophosphicum (U.

S.P.). Pil. cathar. co. (U.S.P.). Potion gommeuse (Codex) ; Sirop de gentiane (Codex) ; Si la Pharmacopée Britannique donne une formule pour la préparation galénique prescrite, il est évidemment inutile d'indiquer la pharmacopée, le pharmacien dans ce cas est tenu légalement, à moins d'indication contraire, de donner la préparation de la Pharmacopée Britannique.

En ce qui regarde les préparations pour lesquelles aucune pharmacopée ne donne de formules, on doit toujours indiquer sur l'ordonnance, au moins la proportion du médicament ou des médicaments actifs. Ainsi : Elixir de bromure de soude (40 grains par once). Pastilles au bichlorure de mercure, (7,7 grains par pastille).

FORMULAIRE

POUR L'ANTISEPSIE INTESTINALE.

Thymol.....	} à 1½ drachme
Carbonate de guaiacol.....	
Savon médicinal.....	

M Diviser en 30 parties et à prendre une toutes les quatre heures.

(Gazetta Medica Lombarda)

CONTRE L'ANÉMIE CHEZ LES CHLOROTIQUES.

Phosphate de fer.....	1 drachme
Aloes.....	15 grains.
Hydrochlorure de quinine....	½ drachme.
Extrait d'absinthe.....	¾ —
Ergotine.....	½ —

Pour faire 60 pilules, qui seront données de trois à cinq par jour et de ½ à 1 heure avant chaque repas. D'excellents résultats ont été obtenus avec cette préparation.

(New York Med. Journ.)

DANS LA BRONCHORRHÉE.

M. Maragliano recommande cette formule :

Acide Benzoïque.....	4½ grains.
Tannin.....	2½ —

Pour faire un cachet ou une capsule.

A prendre quatre par jour.

(Ibid)

LE VERATRUM DANS LES PALPITATIONS DU CŒUR

Le *Medicinische Woche* recommande la formule suivante :

Bromure de soude.....	1½ drachme.
Teinture de vertrum viride.	50 gouttes.
Sirop d'écorce d'orange.....	12½ dranchmes.
Eau distillée pour faire.....	4½ onces.

Une cuillerée à soupe deux fois par jour.

Travaux Originaux

TRAITEMENT DE L'URETRITE AIGUE PAR LES INJECTIONS DE PEROXYDE D'HYDROGENE.

par le docteur Z. RHEAUME.

Médecin du dispensaire de la Providence, Montréal.

Le médicament que je viens préconiser à déjà été employé avant aujourd'hui dans les affection gonococci-ques de l'urètre, mais les observations sont restées peu nombreuses.

J'avais déjà pu juger de son pouvoir antiseptique dans différentes affections suppuratives ; c'est ce qui m'a porté à expérimenter ce médicament dans l'urétrite aiguë. Je n'ai aucunement à m'en repentir puisqu'il m'a déjà donné des résultats plus satisfaisants que tout autre médicament (sulfate de zinc, permanganate de potasse, etc.).

Le peroxyde d'hydrogène coagule les albuminoïdes sous forme de mousse épaisse ; c'est cet aspect qu'offre le pus après une injection urétrale.

En contact avec une plaie quelconque, même pur, le peroxyde ne cause pas d'irritation et peu ou pas de douleur ; injecté dans l'urètre avec un volume égal d'eau, il produit une douleur plus intense que celle qu'éprouve le patient à la suite d'une instillation de nitrates d'argent.

La solution que j'emploie est ainsi titrée ;

Peroxyde d'hydrogène.. 1 partie.
Eau stérilisée..... 3 —

Afin de rendre l'injection le moins douloureux possible, on ajoute 0.01 centigramme de chlorhydrate de cocaïne par 30 cc. de liquide.

Injection. — Aux patients que l'on peut avoir directement sous ses soins, il est préférable de donner l'injection rétrograde. Avec cette méthode nous ne perdons pas une seule goutte de liquide, et celui-ci vient en contact avec toute la surface de l'urètre.

On utilise, pour cette injection rétrograde, une bougie en gomme creuse, coupée au $\frac{2}{3}$ de sa longueur ; avec une grosse aiguille que l'on flambe, l'extrémité olivaire de la bougie est perforée.

Cette bougie, stérilisée avant chaque injection, est introduite jusqu'au cul-de-sac du bulbe, après avoir été enduite d'un corps gras aseptique.

Une bonne seringue est directement adaptée à la

bougie, puis on injecte en faisant une pression douce et continue afin de ne pas vaincre le col de la vessie.

La bougie est retirée au fur et à mesure qu'on injecte.

La quantité du liquide injecté varie de 10 à 15 cc., suivant la capacité de l'urètre. Je le laisse en contact avec la muqueuse pendant quelques minutes ; pour ce faire, il y a un petit truc que tout le monde connaît. Il s'agit tout simplement de saisir le méat urinaire entre le pouce et l'index. juste au moment où le calibre de la bougie devient moindre que celui du méat.

Avant d'opérer à l'injection, on a la précaution de faire uriner le malade.

Ce mode de traitement par les injections rétrogrades de peroxyde d'hydrogène a des avantages sur les grands lavages de l'urètre :

- 1° D'abord il cause moins de dégâts.
- 2° Cette injection est plus rapide que l'irrigation, et pour le moins aussi efficace.
- 3° Le malade éprouve moins de fatigue puisqu'il est couché.

4° Ces injections paraissent avoir sur le patient un effet moral encourageant ; celui-ci regarde sortir avec satisfaction cette mousse blanche épaisse qui le débarasse d'autant de pus.

Je ne veux pas conclure, du fait que j'ai eu avec le peroxyde des résultats supérieurs à ceux que m'a donnés toute autre médication, que ce médicament soit un spécifique du gonocoque. Loin de là ! Mais ces succès m'encourage à l'expérimenter d'avantage.

Coq-à-l'âne médicaux.

Au paradis terrestre. — Dialogue entre Adam et Ève en costume d'avant le péché.

Eve. — Adam, mon petit Adam, achète-moi une robe !...

Adam. — Mais pourquoi faire, mon Dieu...

Eve. — Pour me décolleter ! (*J. méd. de Paris*)

La glace dans le rectum dans l'empoisonnement par les narcotiques. — Le docteur Cummings, de Brooklyn, conseille comme moyen très rapide pour faire reprendre connaissance à des personnes dans le coma narcotique, alcoolique, diabétique, cardiaque, l'introduction de glace — d'un glaçon — dans le rectum. (*Merck's Archives.*)

Crayons d'alcool (Unna.) —

Stéarate de sodium.....	6 grammes.
Glycérine.....	25 —
Alcool.....	100 —

(*Merch's Arch.*)

Organothérapie en gynécologie. — (*Krusen, Philad. Med. J.*) L'extrait ovarien a été prescrit pendant trois ans, dans les cas suivants : 1° aménorrhée et dysménorrhée ; 2° symptômes succédant à l'ablation des annexes ; 3° désordres dus à la ménopause naturelle.

L'auteur n'a eu qu'un succès à enregistrer de temps à autres. Les meilleurs résultats furent obtenus avec la deuxième classe de symptômes, les manifestations congestives et nerveuses ayant été soulagées dans quelques cas. L'auteur dit que l'on ne peut se fier au médicament.

Blépharite acarique. — Raehlmann décrit une blépharite produite par le demodex des cils, insecte qui parcourt toutes ses stades de développement dans les follicules des cils. Ce n'est que secondairement que l'inflammation du bord libre se surajoute aux altérations des cils. (*Gaz. méd. Paris.*)

A la caserne. — Le major. — Allons, pioupiou, c'est va mieux ; ça bonne appétit ?

Pioupiou. — Oui, mon major.

Le major. — Donne-t-on assez à manger ?

Pioupiou. — Non, mon major.

Le major. — Voulez-vous quelque chose de plus à votre diète actuelle ?

Pioupiou. — Encore une livre de pain, s'il vous plait.

Le major. — Le règlement défend double ration le même jour.

Pioupiou. — Ne pourriez-vous pas m'accorder cette livre extra et l'entrer comme... cataplasme ! (*Exch.*)

L'action oxytocique de l'anesthésie lombaire par la cocaïne. — Doléris dit que cette méthode ne diminue en rien les contractions utérines ni n'empêche la dilatation normale du col ; au contraire, elle susciterait les contractions et la rétraction normale, après la sortie du fœtus. Elle deviendrait indiquée dans l'inertie utérine. Elle serait contreindiquée, d'après lui, dans les cas de version ; Kreis, cependant, n'a pas éprouvé de difficultés à faire la version dans ses cas.

Traitement de la tuberculose par l'urée. — Le docteur H. Harper (*The Lancet*) préconise hautement

l'emploi de l'urée, trois ou quatre fois par jour, par la bouche ou hypodermiquement, à la dose de 20 grains.

Le succinate de soude dans l'ictère. — C. H. Hope (*Med. Council*) vante les bons effets du succinate de soude, à la dose de 5 grains toutes les trois heures, dans de l'eau aromatisée. La diète est importante : éviter les substances grasses, sucrées, les pâtisseries, les mets trop assaisonnés ; user de viandes maigres, fruits, lait modérément, petit-lait, limonade, etc. De l'eau en abondance, surtout les eaux alcalines et salines (Carlsbad, Hunyadi, Apenta, Congress.). Tous les deux jours on administre 1/10 de grain de calomel avec 1 grain de bicarbonate de soude, toutes les heures, à effet laxatif.

L'hypothermie — un nouveau signe d'épilepsie. — Carlo Ceni (*Cent.f. Nerv. u. Psys.*) signale dans plusieurs cas, trois ou quatre fois par vingt-quatre heures, un abaissement de la température, jusqu'à 36°, 35° et même 34° C.

Le carcinome du cæcum, diagnostic. — C. G. Cumston (*Med. News*) dit que les principaux signes qui pointent vers cette maladie sont : la douleur, des alternatives de diarrhée et de constipation, des signes dyspeptiques, l'entérorrhagie. La présence d'une tumeur dans la fosse droite, mobile au début, mais qui par la suite devient adhérente au voisinage, envahit les glandes lymphatiques et parfois produit de la compression, d'où œdème de la jambe droite.

Cinquante-neuf cas d'éclampsie sans mortalité. — Le professeur Stronow, de Saint-Petersbourg, (*Monats. f. Geb. u. Gyn.*), considère que plus les convulsions sont sévères plus le pronostic est grave. Il considère qu'il faut diminuer le nombre, la fréquence, la sévérité des convulsions, et supporter le plus possible les forces vitales. Pour combattre les convulsions, il abjure entièrement le chloroforme, excepté dans les cas où la respiration est aisée ; il préfère la morphine et le chloral, à dose narcotique, leur effet étant maintenu sans interruption pendant 24 à 48 heures. Il faut extraire l'enfant aussitôt qu'il n'y a plus de danger, ni pour la mère ni pour l'enfant. Eloigner toute cause d'irritation périphérique et faciliter la respiration et la circulation.

NIRE.

GLANES CANADIENNES

Canada Medical Record (Jan. 1901)

Cas de pratique, par le docteur STEVENS, Durham, Que.

Méningite tuberculeuse. — Deux cas sont rapportés ayant donné des succès ; ils furent traités par l'iodure de potassium à l'intérieur et l'application sur la tête d'un sac imbibé de glycérine et de teinture d'iode, maintenu en position pendant plusieurs jours.

Une *hernie inguinale* chez une femme, rebelle à d'autres mesures, s'est réduite par l'élévation du pied du lit à un angle de presque 90°. Trois autres cas ont cédé par l'application de froid et la position inclinée.

Les convulsions infantiles. — Clinique de monsieur le professeur F. W. CAMPBELL.

The Maritime Medical News. (mars 1901)

Hystérectomie abdominale pour fibromes. — Guérison, par le docteur LAPHORN SMITH, de Montréal. Chez une femme de 51 ans, ayant eu douze enfants, accouchements très normaux, enfants tous vivants. La femme était très affaiblie par suite des métrorrhagies qu'elle avait depuis trois ans. L'hémostase préventive des artères utérines et ovariennes fit que l'opération fut très rapide et sans perte de sang. Comme remarque le docteur dit que les personnes âgées supportent les opérations aussi bien que les jeunes ; il administre du mélange anesthésique, (A. C. E. mixture) et prévient le shock en évitant l'hémorragie, le refroidissement et l'anesthésie prolongée. Il signale, en outre, que dans le cancer de l'utérus et des ovaires, l'épiploon est rotatiné.

Diphthérie. — Le docteur WM. FINN, de Halifax, rapporte des cas traités dès le début par le sérum antidiphthérique ; en sus, il croit avoir obtenu de bons effets par l'usage de l'enzymol et de la bovine, parties égales, en pulvérisations dans la gorge ; le jus d'ananas aurait aidé ; les membranes s'étant détachées très promptement par ce traitement local.

BRENNAN.

Le Bulletin médical de Québec (mars 1901)

Société médical du comté de Portneuf. (17 mars).

La Société discute la question du *tarif minimum* et celle de *l'étiquette médicale*.

Le docteur S. G. PAQUIN communique un cas extraordinaire de *fausse grossesse*.

Le docteur T. SAVARY, fait une étude sur *l'appendicite* (analysé ailleurs).

Le docteur F. X. MAYRAND, le doyen de tous les médecins canadiens-français de la Province, est élu président honoraire.

Société médicale de Québec. (février 1901)

Le docteur A. MAROIS fait part de ses résultats obtenus au moyen l'*Anesthésie par injection intra-lombaire de cocaïne*. (sera publié). Le docteur Ahern aurait utilisé cette voie le premier au Canada, le 27 novembre 1900, pour un cas d'appendicite. Le docteur Marois a employé ce moyen dans deux cas d'accouchement.

L'électrothérapie médicale, par le docteur BOLDUC, de Bellechasse. L'auteur reconnaît une certaine valeur à l'électricité comme moyen de diagnostic ; employée contre les fibro-myomes, elle détruirait les tissus, produirait de l'inflammation et ravivait les douleurs pelviennes. Dans l'occlusion intestinale aiguë, il la croit inutile, sinon dangereuse.

Le docteur Brochu ne partage pas cette manière de voir et sait l'électricité des plus utiles lorsqu'elle est employée suivant les principes et les indications qui régissent son emploi.

Séance du 7 mars.

Cette séance est réservée à la discussion du *Bill Roddick*. Le docteur P. V. Faucher dit que la Société médicale de Québec doit combattre ce bill parcequ'il est illégal, c'est-à-dire en dehors du ressort du gouvernement fédéral ; parcequ'il y aurait conflit entre le bureau fédéral ou central et les bureaux provinciaux ; parcequ'il est difficile d'allier les races tout à fait différentes d'études et de tempéraments. L'orateur soumet à l'assemblée une longue motion renfermant les raisons de son opposition au bill ; cette motion est secondée par le docteur Arthur Simard et il est unanimement résolu : " Que, pour toutes ces raisons et une foule d'autres trop longues à énumérer, la Société médicale de Québec s'oppose fortement au projet de loi dit " *Projet de loi du docteur Roddick* " ; et que copie de ces présentes résolutions soit transmise, à la Chambre des Communes du Canada et au Sénat du Canada.

Contribution à l'étude de l'appendicite, par le docteur T. SAVARY, de Sainte-Jeanne de Neuville ; un excellent travail à tous points de vue. L'auteur cite un cas de mort le 3e jour, de péritonite suraiguë sans que l'on ait pu intervenir chirurgicalement. Il a remarqué que presque tous les sujets qu'il a eu sous observation étaient des constipés chroniques. Il verrait dans cette constipation la cause d'une inflammation de l'intestin qui se propage à l'appendice et transforme le canal appendiculaire en cavité close. Il en serait de même de la diarrhée chronique ; car en sus dans ces deux états il y a pénétration dans le conduit, de matières fécales et de germes. L'auteur signale, de plus, la fréquence de l'appendicite dans certaines familles, surtout chez celles où la goutte, l'arthritisme et la lithiase règnent, et il apporte des observations à l'appui. Il attire l'attention sur le fait que son malade souffrait depuis un an de troubles intestinaux ressemblant à une entéro-colite muco-membraneuse, état

qui prédisposerait plus à l'appendicite. L'auteur est en faveur d'un traitement rationnel médical avant d'en venir à une intervention chirurgicale. Il n'a pu rarement faire appliquer de la glace, vu les préjugés; il lui a fallu donc prendre la chaleur. Comme médicament il conseille l'opium, avec repos absolu et la diète. Les purgatifs sont proscrits, tout au plus peut-on employer des lavements d'eau tiède.

Erysipèle traumatique grave, par le docteur ARTHUR SIMARD. C'est l'histoire d'un érysipèle survenu chez un sujet épuisé, surmené, portant à la jambe une plaie négligée, infectée. Le patient a présenté une sensibilité toute spéciale à l'action des antiseptiques employés, même à très faibles doses : les compresses phéniquées 1 pour 300 et au sublimé à 1 pour 12,000, et l'iodoforme ayant donné naissance à des symptômes d'intoxication. Le malade a guéri.

BRENNAN.

The Canadian Journal of Medicine and Surgery.

Méningite cérébro-spinale : — Le Dr Alexander MCPHEDRAN (Toronto) rapporte deux cas de méningite cérébro-spinale dont l'un se termine par la mort après sept jours de maladie. La ponction lombaire restée négative, n'a été faite que dans le cas où la maladie a été fatale. L'autopsie révéla sur la convexité du cerveau une couche épaisse de pus concrété, jaune; les méninges à la base du cerveau et aussi loin qu'il a été permis de voir dans le canal médullaire par le trou occipital (les parents ayant refusé l'ouverture du rachis), étaient hyperémies. Les ventricules étaient légèrement distendus par un liquide séreux contenant le diplococcus intracellulaire de Weichselbaum.

Les deux enfants, le frère et la sœur, celle-ci l'aînée des deux, âgée de dix ans, étaient partis de Winnipeg en route pour Toronto, le 5 avril 1900. Le petit garçon tombe malade le lendemain de son arrivée, le 9 avril. Un gros frisson ouvre la scène, avec une céphalalgie atroce. Le 10, il est dans le délire, période d'excitation; puis suit, trois jours après, la période de dépression: stupeur, contracture, tête renversée en arrière, raideur de la nuque, vomissement, ventre en bateau, signe de Kernig. Mort dans le coma le 16.

La petite fille tombe malade le 12, avec le cortège des symptômes habituels de la méningite cérébro-spinale. L'auteur insiste sur le signe de Kernig, qui consiste dans la flexion des genoux non réductible dans l'attitude assise, mais réductible chez le sujet debout ou couché.

Ce signe cependant ne serait pas pathognomonique puisqu'il se rencontre, paraît-il, dans l'alcoolisme chronique.

La feuille de la température qui accompagne l'observation est caractéristique; sa marche est très irrégulière.

L'enfant est sortie guérie après 11 semaines.

Le traitement institué a été : glace à la tête et à la nuque; bromure de potasse, 10 grains, iodure de potasse 10 grains, toutes les deux heures; morphine en injections hypodermiques; onguent mercuriel en friction, et un lavement le soir.

L'auteur termine par le traitement recommandé en Europe.

Opération de Calot, pratiquée par le docteur H. P. H. GALLOWAY.

L'auteur cite un extrait d'un travail qu'il avait lu en janvier 1899, devant la Société médicale de Toronto. Il recommandait alors beaucoup de prudence, et demandait pour l'expérience et la clinique, le temps de rejeter ou d'accepter une intervention aussi passionnante. Il formulait alors deux exceptions à son abstention d'opérer : 1° toute maladie de Pott accompagnée de paralysie, sans amélioration par le traitement ordinaire consciencieusement appliqué, est justifiable de la réduction et de l'extension forcée; 2° dès le début de la maladie, quand l'effondrement osseux est peu considérable ainsi que la déformation qui en résulte, la réduction forcée peut être faite, comme premier temps du traitement.

L'auteur s'élève aujourd'hui contre la seconde conclusion qu'il a énoncée en 1899, et considère la réduction forcée, comme non nécessaire dans une maladie de Pott aussi peu avancée et compliquée d'une aussi faible difformité.

La première proposition est maintenue dans son intégrité et l'auteur rapporte le cas d'un enfant de 3 ans, opéré en mai 1900, pour maladie de Pott accompagnée de paralysie.

Une amélioration évidente se fit immédiatement après l'opération, et s'accrut tous les jours pendant cinq semaines, faisant espérer une guérison définitive, quand le petit malade fut emporté par un abcès cérébral au cours d'une récrudescence d'une otite suppurée chronique.

Il n'y a pas eu d'autopsie.

DEROME.

L'anatomie pathologique de l'hématémèse et le traitement chirurgical des hémorragies provenant d'ulcères de l'estomac et du duodénum, par le Dr G. E. ARMSTRONG, professeur à l'université McGill de Montréal, chirurgien de l'hôpital Général, etc. (*Canadien Journal of Medicine and Surgery*).

Avec l'étude plus approfondie des lésions pathologiques de l'estomac, la chirurgie a trouvé un nouveau champ pour semer ses bienfaits. Il n'y a pas à se le dissimuler, l'hématémèse peut causer la mort, et le traitement médical reste inefficace.

Selon Leube, l'hémorragie apparaît dans 50% des ulcères gastriques, et 8% de ces cas se terminent par la mort.

L'auteur insiste sur un point négligé, ce semble, dans

la plupart des traités de médecine, où l'on s'attarde longuement sur le traitement médical, pour ne rien dire du traitement chirurgical.

En 1889, l'auteur présentait un rapport au British Medical Association, de la mortalité par hématoméose à l'hôpital Général. Sur 15 cas de mort par hématoméose, cinq reconnaissent pour cause un ulcère de l'estomac ; quatre un ulcère du duodénum ; deux une rupture de varices œsophagiennes, dues à une obstruction du système porte ; deux une rupture d'anévrisme dans la partie inférieure de l'œsophage ; et deux secondaires à de la leucocythémie.

L'auteur cite la thèse de Paris de M. Savariand, où sont classés 55 cas d'hémorragie gastrique ou duodénale, avec terminaison fatale. Dans quatre de ces cas il a été impossible, même sur la table d'autopsie, de retrouver la source de l'hémorragie.

Un autre fait signalé par M. Savariand, c'est que la mort peut être foudroyante, même quand il s'agit d'une hémorragie capillaire, ou retardée jusqu'à 8 ou 10 jours avec une ouverture de l'aorte, aussi grande qu'un haricot.

Pour arriver à un diagnostic certain d'ulcère gastrique, il faut procéder par exclusion.

Le microscope révélera la leucocythémie ; un examen attentif, et l'histoire du cas fera exclure l'anévrisme et les hémorragies d'origine portale.

La dyspepsie précède ou accompagne ordinairement l'ulcère gastrique.

L'auteur rapporte cinq cas pour lesquels il est intervenu, avec une mort, survenue subitement le huitième jour, quand tout semblait aller le mieux possible. L'autopsie révéla une embolie pulmonaire.

Il est très difficile de juger la lésion organique par la perte de sang.

Des hémorragies provenant des veines ou des capillaires de l'estomac sont plus sujettes à s'améliorer par le traitement médical, qu'une hémorragie de l'artère coronaire, splénique, etc.

L'auteur termine en soumettant à la discussion, les conclusions suivantes.

1° Il faut opérer un malade qui vomit 20 onces de sang, et en vomit de nouveau 20 onces au bout de 4 ou 5 heures, si l'état du malade le permet et les circonstances lui sont favorables.

2° Il faut opérer, dans toute hémorragie de 4 à 10 onces qui se répète, et que le traitement médical ne réussit pas à arrêter en dedans de 36 ou 48 heures.

3° Dans les cas qu'on peut appeler chroniques et qu'un traitement d'au moins 3 mois, ne guérit pas.

4° Dans tout cas où l'anémie post-hémorragique est à craindre, ce qui placerait le patient dans un bien mauvais état pour supporter l'intervention.

Comme technique opératoire, une fois sur l'estomac, l'auteur examine soigneusement les parois de l'organe ; s'il ne trouve aucun indice de la lésion, il ouvre la paroi

antérieure assez largement pour faire une inspection complète de l'intérieur de l'organe. Si l'hémorragie est superficielle, il touche le point au thermocautère, si au contraire le sang vient d'une artère un peu profonde, il la contourne au moyen d'une aiguille rondo courbe, et en fait la ligature ; si un ulcère se présente, il en fait la résection et suture la paroi ouverte. Il conseille en plus, pour assurer le repos de l'estomac, de faire une pyloroplastie ou une gastro-entérostomie.

Le lavage de l'estomac avec une solution saline lorsque l'hémorragie a été contrôlée, tend à diminuer ou à empêcher l'état nauséux ou les vomissements post-opératoires.

DEROME.

Revue des journaux

CHIRURGIE

Traitement de l'otite furonculose,

par FROHNSTEIN.

L'auteur s'élève contre l'emploi abusif d'injections dans le traitement de la furonculose du conduit. Se basant sur son expérience personnelle et sur les recherches de Weber-Liel et de Löwen, il est d'avis que ce mode de traitement est absolument nuisible, car l'eau détermine une macération de l'épiderme du conduit et prédispose aux récidives. Quant à lui, il traite la furonculose de l'oreille, en dehors de l'incision, par la glycérine phéniquée (5-10 0/0) ou par une solution alcoolique de sublimé (1 1.000,) et, grâce à ce traitement, il n'a jamais eu de récidive. Les cas de récidive observés par lui appartenaient tous à des collègues qui avaient traité l'affection par des injections ou des instillations de substances médicamenteuses.

L'auteur rapporte l'histoire de deux cas. Dans le premier, le médecin traitant avait ordonné des injections dans l'oreille, le furoncle a duré trois semaines. Le second a fait, sur le conseil de son médecin, un usage immodéré d'instillations et d'injections dans l'oreille, et l'affection n'était pas encore guérie au bout de quatre mois. Grâce au traitement avec une solution alcoolique de sublimé, l'auteur a pu obtenir une guérison complète et très rapide des deux malades.

Le mode de traitement de la furonculose de l'oreille par des solutions aqueuses sous forme d'injection ou d'instillation, est très en honneur parmi un très grand nombre de médecins ; ceci est dû, selon l'auteur, au défaut de clarté et aux contradictions qu'on rencontre dans certains manuels et traités classiques.

C'est ainsi que des auteurs, après avoir d'abord recommandé l'emploi d'injections et d'instillations, quelques pages plus loin en déconseillent formellement l'usage. Seuls Bezold et Politzer se prononcent nettement contre l'emploi de l'eau, sous quelque forme que ce soit, dans le traitement de l'otite furonculaire.

L'expérience personnelle de l'auteur l'a convaincu que cette manière de voir est la seule vraie et rationnelle.

(*Rev. heb. de laryng. — Arch. méd. et chir. spéc.*)

Un nouveau procédé opératoire des varices et de la phlébite variqueuse.

M. Karewski (Soc. de méd. berlinoise) a depuis 10 ans recours à une intervention qu'il a eu l'occasion de pratiquer 35 fois et qui consiste à extirper les varices et à rééquer les veines efférentes aussi haut qu'elles sont malades, ce qui revient à enlever la saphène interne jusqu'à son embouchure dans la fémorale. En effet, dans bien des cas où il n'existe ni nodosités ni dilatation, on observe au microscope des altérations caractéristiques; une thrombose est à craindre, en pareille occurrence, sous l'influence de n'importe quelle lésion, même aseptique.

Pour éviter la cicatrice trop étendue qui résulterait d'une plaie opératoire ayant parfois 1 mètre de long, M. Karewski procède de la façon suivante :

Après avoir mis à nu l'embouchure de la saphène dans la fémorale par une petite incision, il lie et libère la veine sur un espace assez étendu : puis au moyen d'une incision pratiquée environ 20 centimètres plus bas, il extrait le bout central du vaisseau; enfin, il commence la même manœuvre une troisième fois, en un point situé encore plus bas.

M. Karewski n'hésite pas à appliquer ce procédé même pendant les périodes aiguës avec fièvre. Il met sûrement à l'abri des récidives, et ne détermine jamais de thrombose de la fémorale.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

La cocaïne en injections sous-arachnoïdiennes.

par M. RECLUS (*Acad. méd. Paris*).

En une communication d'une netteté remarquable, M. Reclus montre la valeur de cette méthode dont la première application chirurgicale a été faite par Bier, en Allemagne, le 28 août 1898. C'est Tuffier qui, en France, a vulgarisé la méthode. En passant, l'orateur se prononce pour la solution de cocaïne à 1 %, plutôt que pour celle à 2 %, le titre de la solution jouant un grand rôle dans les phénomènes produits.

De plus, la solution doit être stérilisée; or, ainsi que M. Hérissey l'a montré, on peut soumettre à l'autoclave, à 115°, la solution de cocaïne sans l'altérer.

Mais, il y a un mais, dans certains cas, on ne pénètre pas dans le canal rachidien, on se heurte sur l'os et on est obligé de recourir au chloroforme; d'autres fois la canule s'oblitére, le sang coule, on a pénétré trop loin, et on est obligé d'abandonner cette voie, ou bien la cocaïnisation n'a pas lieu, sans qu'on sache pourquoi, ou enfin elle est ou trop courte (10, 20, 30 min.) ou trop tardive, survenant au bout d'une heure, par exemple.

Il peut y avoir de véritables accidents : Lourdeur des membres inférieurs, fréquemment il y a du tremblement généralisé qui gêne l'opérateur, des nausées, des vomissements également très gênants, de l'incontinence des gaz et des matières fécales, tous ces accidents peuvent persister plusieurs jours; enfin un certain degré d'impotence des membres inférieurs, des céphalées extrêmement redoutables.

Que donne enfin la mortalité? On trouve, dans la littérature 6 ou 8 cas de mort, alors que le nombre d'opérations n'atteint pas encore 2,000, tandis que, pour le chloroforme, la mortalité est de 1 pour 2,000 environ, et, pour l'éther, 1 pour 7,000.

Conclusion : Le chloroforme, l'éther, la cocaïnisation locale, restent la méthode de choix.

(*Méd. Orientale.*)

De la cure radicale de l'hydrocèle par le retournement de la vaginale.

par M. GAMBIER (Th. de Paris.)

Pour M. Cambier, la méthode de l'inversion — méthode de Vautrin et Jaboulay — exécutée jusqu'ici par le retournement fibro-vaginal après décortication sous-séreuse et hémostase, est une méthode qui a toute la valeur de l'excision totale, mais elle se réalise beaucoup plus simplement par le procédé de retournement massif, cellulo-fibro-vaginal, sans aucune décortication et sans hémostase. La notion même de retournement, comme manœuvre générale de chirurgie opératoire, exclut celle de décortication, sous peine de perdre tous ses avantages sur l'excision.

Le retournement massif, sans décortication et sans hémostase, par le procédé exposé, est mathématiquement réglé, et d'une telle simplicité qu'il peut se réaliser en deux minutes avec ou, au besoin, sans anesthésie.

Dans les très volumineuses hydrocèles, le retournement sans décortication peut être combiné avantageusement à l'excision partielle, et donne alors lieu à la technique spéciale que l'auteur a également décrite.

Les indications du retournement englobent à peu près toutes les hydrocèles, quels que soient leurs caractères anatomiques, hydrocèles mono ou biloculaires, à parois minces ou à parois dures, etc.; le procédé du retournement massif restreint encore plus le nombre des contre-indications.

Les résultats déjà acquis du retournement montrent

que cette méthode est aussi radicale que l'excision totale. Comparé au procédé du retournement avec décortication et hémostase, le retournement massif extemporané sans décortication et sans hémostase est égal, au point de vue curatif, supérieur au point de vue de ses suites immédiates, supérieur au point de vue technique.

Ce double avantage constaté après plus de deux ans et après de sérieuses recherches, M. Cambier engage à le proposer comme le procédé de choix pour l'exécution de la méthode du retournement.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

MEDECINE

Le cytodiagnostics.

Il y a non pas une espèce mais plusieurs espèces de globules blancs. Actuellement, on distingue quatre genres différents : ce sont les *lymphocytes*, cellule très petites, composées presque exclusivement d'un noyau ; les *mononucléaires* qui dérivent des premiers ; ils s'en distinguent parce qu'ils sont beaucoup plus volumineux et contiennent beaucoup plus de protoplasma ; les *polynucléaires*, grands leucocytes dont le noyau volumineux est multilobé de telle façon qu'il semble y avoir non pas un, mais une série de noyaux juxtaposés et enfin les *éosinophiles*, globules blancs contenant des granulations qui se colorent en rouge par l'éosine.

Ces diverses cellules ne dérivent pas toutes les unes des autres, elles ont chacune leur lieu d'origine spécial, soit la rate, la moëlle des os et les ganglions lymphatiques.

Par le fait même que ces globules blancs diffèrent par leur morphologie, il est à présumer qu'ils ont des propriétés différentes. C'est bien ce qui se passe en réalité.

D'après le prof. Nicoll, les lymphocytes ne jouissent d'aucune propriété phagocytaire ; les mononucléaires, au contraire (qui seraient un stade plus avancé des précédents), sont les phagocytes par excellence ; ils font disparaître, en les digérant, toutes les cellules ou particules de l'organisme devenues inutiles, mortifiées par traumatisme, intoxication ou dégénérescence. De même ils englobent les microbes, surtout s'ils sont peu virulents.

Les polynucléaires sont les défenseurs de l'organisme contre les infections aiguës, ils luttent avec les microbes les plus virulents et sont souvent vainqueurs.

Les éosinophiles sont fréquents dans de nombreux cas de maladie mais leur rôle me paraît très bien défini.

Étant donné ces faits, Widal s'est demandé s'il n'y avait pas possibilité de les utiliser au point de vue clinique, notamment pour aider au diagnostic.

Il a fait des études dans cette voie et il est arrivé à des résultats qui méritent d'être relatés quoiqu'ils soient encore fort incomplets.

Il est arrivé à démontrer par exemple que le leucocyte de la tuberculose ainsi que celui de la lèpre est mononucléaire (la cellule géante, centre du tubercule, serait formée par la réunion intime de nombreux mononucléaires), tandis que le globule blanc de la pneumococcie, de la streptococcie et de la gonococcie serait polynucléaire. On comprend, dans ces conditions, que la nature d'un cas douteux pourra être éclaircie par la constatation, au microscope, de la présence de l'une ou de l'autre espèce.

Cette méthode donne surtout des résultats dans les pleuresies et dans les méningites.

La technique à suivre consiste d'abord à se procurer du sérum en faisant une ponction exploratrice, soit dans la cavité pleurale, soit dans l'arachnoïde (comme dans la ponction lombaire pour anesthésie par la cocaïne) : le liquide retiré est introduit dans un tube en verre où on le débrique au moyen d'une baguette s'il y a lieu. On décante puis on l'introduit dans un appareil centrifugeur marchant à grande vitesse. Par le fait de la force centrifuge, les rares éléments en suspension et par conséquent les leucocytes et les cellules, vont s'amasser au fond du tube, on les recueille et on les examine au microscope (thionine, triacide d'Ehrlich).

La pleurésie à frigore est de nature tuberculeuse, mais les bacilles sont rares et l'organisme réagit peu : dans ce cas, on ne trouve pas encore les mononucléaires qui apparaîtront plus tard, mais le nombre des lymphocytes est beaucoup plus considérable qu'à l'état normal.

Dans les pleurésies infectieuses aiguës, il n'y a pour ainsi dire que des polynucléaires.

Dans les épanchements d'origine mécanique (cardiaques, cancéreux, brightiques), on ne trouve aucun caractère spécial aux leucocytes, mais par contre, on y rencontre un nombre très considérable de cellules de l'endothélium de la plèvre.

L'étude du liquide cérébro-rachidien donne des résultats absolument analogues aux précédents. Dans la méningite tuberculeuse, il y a beaucoup de lymphocytes, dans la méningite cérébro-spinale épidémique, on trouve surtout des polynucléaires et dans les affections chroniques médullaires, on ne constate rien de bien particulier.

(Gaz. médicale belge.)

Extrême fréquence des accidents appendiculaires graves.

par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

L'appendicite est une maladie nouvelle, elle a un caractère épidémique et se rattache souvent à la grippe. Extraordinaire fréquence des abcès de la fosse iliaque

relativement aux cas anciens. L'abus de l'alimentation animale paraît contribuer à la fréquence de l'appendicite. La grande fréquence des infections intestinales qui engendrent l'appendicite doit faire revenir aux médications évacuantes comme prophylactiques et comme curatrices.

La communication de M. Dieulafoy sur le vomito negro appendiculaire nous montre une nouvelle forme des accidents septiques appendiculaires les plus redoutables. Ces accidents me paraissent se rapprocher des vomissements noirs observés après certaines opérations abdominales et caractérisant à la fois des réflexes graves et une septicité violente. Tout en admettant leur extrême gravité, je pense qu'ils sont curables quelquefois. J'ai réussi avec des lavages alcalins de l'estomac à les arrêter ; et les injections de sérum ont achevé la guérison. J'ai réussi précisément pour un cas appendiculaire chez une femme enceinte.

Les observations de Dieulafoy me paraissent surtout montrer la fréquence de plus en plus grande de l'appendicite sous ses formes les plus graves.

Si cette fréquence avait été aussi grande autrefois, elle aurait difficilement échappé aux observateurs. Même réflexion pour les appendicites des femmes grosses relatées par M. Pinard. Il en a vu trois en un mois dans sa clientèle et dans une pratique d'accouchements de dix ans, autrefois, je n'ai vu aucun cas que rétrospectivement on puisse rapporter à ces accidents foudroyants.

Je crois que, si l'appendicite n'est pas nouvelle parce que l'appendice a toujours eu ses accidents, elle n'est pas seulement la typhlite et la pérityphlite dont nous avons méconnu la signification.

En certains pays (Amérique, Angleterre), elle est encore infiniment plus commune que chez nous.

Il est très difficile de démontrer que l'appendicite est une maladie nouvelle, puisqu'on ne la connaissait pas. Mais j'ai une statistique très curieuse dont la signification me paraît irréfutable : celle qui est relative aux abcès de la fosse iliaque. J'ai, un des premiers, préconisé leur ouverture large et rapide. Ma statistique bien relevée commence à 1882. De 1882 à 1899 j'ai ouvert 34 abcès de la fosse iliaque, y compris des abcès puerpéraux et à gauche.

De 1899 à 1900, en deux ans, j'en ai ouvert 19.

Pour que la proportion fût semblable, il aurait fallu pour les seize années en trouver 152. Cependant aujourd'hui que les appendices sont enlevés préventivement, les abcès de la fosse iliaque devraient être beaucoup plus rares.

Cette récente et extraordinaire fréquence des abcès de la fosse iliaque caractérise certainement une forme suppurative liée à l'extrême fréquence et à l'extrême gravité des lésions appendiculaires.

Je crois que cette extrême fréquence se rapporte à la fréquence toujours grandissante des infections intestinales.

Elle peut avoir pour origine un état épidémique comme l'a indiqué M. Faisans (grippe).

Elle peut avoir pour origine une modification dans l'hygiène alimentaire, un abus de l'alimentation par la viande.

Les pays où l'alimentation carnée est la plus répandue donnent le plus fort contingent des appendicites. A Philadelphie un tiers des habitants auraient de l'appendicite, d'après Keen.

J'ai vu l'appendicite particulièrement fréquente et grave chez les sujets consommant la viande de très bonne heure et exclusivement. Les infections intestinales paraissent se multiplier dans la même proportion et dans les mêmes cas et précéder souvent l'appendicite.

La diminution de l'emploi des purgatifs dans l'hygiène a aussi constitué une prédisposition.

C'est la fréquence de ces infections intestinales qui amène la confusion pour le diagnostic et le traitement de l'appendicite.

Lorsque l'infection est encore intestinale, un traitement médical peut amener la guérison. Mais lorsque l'appendice est réellement atteint, la maladie est justiciable seulement de la chirurgie. La question de diagnostic peut être très délicate.

Une nécessité domine le traitement de ces infections intestinales et par conséquent le traitement des appendicites : l'opportunité de la purgation qui doit être opposée à l'opium qui favorise ces infections.

La purgation, même en cas d'appendicite confirmée, reprend aujourd'hui du terrain, puisque nous trouvons des auteurs qui la préconisent même en cas de perforation intestinale.

D'elle dépend la possibilité de prévenir bon nombre de cas d'appendicite.

La nouveauté de ce développement d'accidents d'appendicites aigus est aussi progressivement la cause de la formation de certaines appendicites à évolution chronique sans accès et qui se traduisent par des troubles gastro-intestinaux qui méritent l'intervention opératoire aussi bien que les cas d'appendicites aigus ou à répétition et qui formeront un nouveau cadre pour les opérations.

La prévention de ces maladies toujours plus fréquentes et plus graves ne pourra être obtenue que par une étude et une réforme attentive de l'hygiène alimentaire et par l'institution d'une médication prophylactique dont la purgation, le seul agent sérieux de l'antisepsie intestinale, doit former le premier élément.

(Acad. méd. — Gaz. hôp.)

GYNECOLOGIE

Douglasites aiguës et chroniques.

par le Dr L. LÉON ARCHAMBAULT.

Parmi les régions importantes de la cavité pelvienne, il en est une qui intéresse au premier chef le gyné-

cologne, c'est le cul-de-sac postérieur ou *cul-de-sac de Douglas*. On nomme ainsi la région péritonéale limitée, — *en avant* par la face postérieure de l'utérus, par la portion sus-vaginale du col, par la portion la plus élevée de la paroi vaginale postérieure; — *en arrière*, par le sacrum et le rectum; — *en avant et sur les côtés*, par les ligaments utéro-sacrés.

Ce cul-de-sac est formé par le péritoine qui recouvre la face postérieure de l'utérus, et la face postérieure du col (sauf la partie vaginale et la partie moyenne), puis descend sur un trajet plus ou moins long, trajet qui est en moyenne de 3 cm.) sur la paroi vaginale postérieure. Pirogoff l'aurait vu descendre jusqu'à 3 cm. de la vulve!

Enfin, remontant en haut et en arrière le péritoine tapisse le rectum.

Nous avons, — ainsi constitué, — le cul-de-sac postérieur, région que le chirurgien s'empresse d'interroger en premier lieu, avec la certitude d'avoir des renseignements aussi importants que ceux que donne l'examen du poulx ou de la langue, dans une affection générale fébrile.

C'est qu'en effet, la pathologie de cette région est importante. Par sa situation déclive, et en raison des lois de la pesanteur, le cul-de-sac de Douglas est le lieu d'élection où aboutissent les collections du petit bassin, enkystées ou non; et, si, à l'état normal, il contient fréquemment des anses intestinales, à l'état pathologique il peut redfermer le fond de l'utérus, un ovaire prolapsé, etc...

Les ligaments utéro-sacrés qui partent de la face postérieure du col et vont à la 4^e vertèbre sacrée (Hart) ou à la 3^e ou 4^e (Tillaux), — ligaments qui limitent la partie supérieure de la région, — nous expliquent les douleurs, les tiraillements lombaires de la rétroversion, et de toute affection inflammatoire de la région. Les rapports de cet espace avec le rectum nous éclairent sur certains étranglements internes causés par un fibrome, ou toute tumeur de la paroi postérieure de l'utérus.

Il est intéressant de savoir que du tissu cellulaire lâche, pouvant devenir le point de départ d'une cellulite inflammatoire, se trouve massé par petits paquets dans l'espace compris entre le péritoine et l'aponévrose pelvienne, et, en particulier entre le sacrum et le rectum d'une part, — entre la portion sus-vaginale du col de la paroi postérieure du vagin; — entre la paroi vaginale postérieure et la paroi rectale antérieure, jusqu'au sommet du corps périnéal. Gallard a comparé ce tissu cellulaire à une bague, dont le chaton serait tourné vers le cul-de-sac de Douglas. Virchow et Spiegelberg ont attiré l'attention sur ce qu'ils appellent le tissu paramétrique, tissu lâche, dépourvu de graisse, d'une épaisseur de 2 cm., contenant des vaisseaux sanguins et lymphatiques et entourant la portion inférieure de l'utérus et la partie supérieure du vagin.

Luschka a attiré l'attention sur le tissu cellulaire qui double le releveur de l'anus, dans sa face péritonéale d'abord, puis la partie qui se trouve entre ce muscle et les

faces latérales du bassin. Ces régions peuvent devenir le point de départ de processus inflammatoires qui vont de l'infection bénigne, sans lendemain, jusqu'au phlegmon de la plus grande gravité.

Il n'est pas jusqu'à l'irrigation sanguine qui revêt un certain caractère. L'artère utérine alimente l'utérus, mais s'anastomose avec l'artère ovarienne, reçoit des anastomoses de l'artère du ligament rond, et envoie des branches à la partie supérieure du vagin, et à la face inférieure de la vessie qui, à leur tour, sont irriguées par la partie vaginale, la vésicale inférieure, l'hémorrhoidale moyenne, la honteuse interne.

Il y a donc là un réseau vasculaire des plus importants, qui explique les congestions faciles du petit bassin. Les veines forment par leurs anastomoses des plexus nombreux. On sait avec quelle facilité se fait l'œdème autour de l'utérus.

Mais bien plus importante encore est la circulation lymphatique qui, par sa richesse, ses anastomoses, ses rapports avec des organes voisins, nous expliquent la propagation des infections génitales, le transport des microbes pathogènes. Les lymphatiques du vagin se rendent aux ganglions iliaques inférieurs, et les lymphatiques du col, aux ganglions iliaques supérieurs. Aux ganglions lombaires se rendent les lymphatiques du corps de l'utérus, des trompes et des ovaires, sauf quelques ganglions de la partie supérieure et antérieure de l'utérus, qui vont aux ganglions inguinaux. Mais ces lymphatiques s'anastomosent entre eux, et il existe dans la cloison rectovaginale deux gros troncs lymphatiques étudiés par M. Poirier, et qui mettent en rapport les lymphatiques du vagin avec ceux de la paroi antérieure du rectum, ce qui explique comment une infection peut se propager d'un organe à l'autre.

Si après avoir esquissé le rôle de l'anatomie et de la physiologie des organes génitaux de la femme nous passons à la pathologie du cul-de-sac de Douglas, nous voyons que deux des affections que l'on est appelé à rencontrer très fréquemment, sont la paramétrite postérieure et la pelvipéritonite.

La *paramétrite postérieure* ou *cellulite pelvienne* est, théoriquement, l'infection du tissu cellulaire de Virchow qui entoure le col de l'utérus à la partie supérieure du vagin. En réalité, c'est souvent l'inflammation de tout le tissu cellulaire du bassin tel que l'a décrit Luschka. Il semble bien étrange que le péritoine pelvien ne prenne pas sa part au processus inflammatoire, de sorte que la part que prend le péritoine de celle qui prend le tissu cellulaire devient souvent difficile à discerner.

La cellulite pelvienne reconnaît, pour Auvar, comme variétés :

- 1° Le phlegmon du sommet des ligaments larges;
- 2° Le phlegmon de la base des ligaments larges;
- 3° Le phlegmon péri-rectal;
- 4° Le phlegmon de la cavité de Retzius;

5° Les phlegmons complexes.

Un état puerpéral, un défaut d'asepsie pendant l'accouchement, compliqués d'une voie ouverte à l'infection telle qu'une déchirure du périnée, du vagin... peuvent en être le point de départ. Il y a de l'exsudat, de la fièvre, puis, plus tard des adhérences, et par leur retraction, quelquefois, des déviations génitales. Dans d'autres cas, c'est une infection venue par la voie rectale, ou par le vagin, quelquefois au moment des règles; très souvent le gonocoque (pour ne pas dire toujours) en fournit l'étiologie. Des abus de coït, une exposition au froid pendant la période cataméniale (Hart), un traumatisme quelconque, seront la cause déterminante de la poussée inflammatoire dans le tissu cellulaire pelvien, et, dans le cas particulier, d'une atteinte des plis de Douglas constituant la paramérite postérieure vraie, celle qui, par le plissement qu'elle occasionne dans la suite, imprime une flexion en avant à l'utérus.

Un frisson, suivi d'élévation de la température et d'accélération du pouls, une douleur abdominale vive, souvent unilatérale, ayant son siège dans l'une des fosses iliaques, et forçant la malade, pour atténuer la douleur, à fléchir une cuisse, tels sont les symptômes que l'on rencontre habituellement. Vient-on à toucher la malade, on trouve un empatement diffus et douloureux sur les côtés de l'utérus et dans le cul-de-sac de Douglas, empatement qui peut aboutir à une collection fluctuante.

Quelques jours de souffrances se passent, et la paramérite peut se terminer sans laisser de traces. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, dans ces cas malheureux, il se forme un abcès qui peut se faire jours dans l'intestin dans la vessie, quelquefois par l'arcade de Fallope ou même l'échanorure sciatique, ou s'étendre à travers le péritoine, en déterminant une péritonite septique rapidement mortelle. Dans les cas où l'évacuation se fait dans des conditions favorables, il y a toujours à craindre des adhérences consécutives qui mettent les organes pelviens en positions vicieuses.

L'affection qui se rapproche de la paramérite est la *pelvi-péritonite*, appelée aussi périmérite ou péritonite pelvienne. Le diagnostic peut cependant en être fait, si on a soin d'analyser les symptômes un peu de près. D'abord l'état est plus grave, plus péritonéal, la localisation d'un côté de l'utérus plus rare, la généralisation au pourtour de l'utérus la règle.

La douleur est très vive, et pour échapper à la tension de ses organes pelviens, la malade fléchit ses deux cuisses, alors que, dans la paramérite, elle n'en fléchit qu'une. Le vagin est chaud, animé de battements vasculaires que l'on peut percevoir dans le cul-de-sac de Douglas. On sent un empatement diffus, en bloc, comme du plâtre coulé, qui repousse l'utérus en avant. Plus rarement il y a une collection enkystée d'un côté. L'état général est grave, et cependant, là, comme dans toutes les genitalites, les différences individuelles sont si grandes, qu'il nous arrive à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service

de M. le docteur Siredey, de voir venir consulter, à pied, des femmes qui sont atteintes de pelvi-péritonites formant comme un bloc de cire coulé dans le petit bassin, et qui, cependant, ne paraissent en accuser qu'une douleur modérée. En dehors des questions individuelles, il y a aussi à faire la part d'un œdème, fatal dans une région si vasculaire, et qui masque la lésion véritable, souvent plus petite qu'on se l'imagine.

Cette affection peut survenir à la suite d'une cellulite pelvienne, par anastomose des lymphatiques. Elle peut avoir une autre origine, l'hématocèle pelvienne, par exemple, ou une tumeur ovarienne fluctuante ponctionnée mal à propos, ou massée brutalement. La gonococcie, par propagation aux trompes, doit être mise en cause fréquemment, avec ses deux stimulants habituels : la menstruation et les excès de coït. Un accouchement, fait dans des conditions de septicité regrettables, également.

(à suivre)

HYGIENE

L'hygiène dans les bureaux de Poste.

L'hygiène dans les établissements publics, soit de l'État, soit tous autres... quel thème de haute et pressante utilité dont les *désiderata* sont multiples, et d'une négligence coupable; théâtres, églises, salles de réunions de toutes sortes... sont dans ce cas, et demandent le secours de mesures tutélaires : les bureaux de postes, plus encore, si c'est possible, que tous les autres; car, public et employés y sont là en constante imminence de contagiosité.

Voici enfin, que la sollicitude des pouvoirs publics, s'éveille pour ces derniers :

Le docteur Mignot vient d'adresser au ministre du commerce un rapport sur les mesures à prendre pour défendre, contre la contagion tuberculeuse, les agents et sous-agents de l'administration des postes et télégraphes.

Les mesures proposées sont de deux sortes : les unes concernent les locaux, les autres, les agents eux-mêmes.

En ce qui concerne les locaux, le rapport s'exprime ainsi :

« Il importe avant tout d'empêcher, dans la mesure du possible, ces locaux d'être contaminés. Pour ceux qui ne sont pas accessibles au public, on le pourra sans doute aisément, et par deux moyens très simples. Le premier est l'instruction des employés; il serait facile de leur apprendre les dangers de la contagion tuberculeuse, de leur faire connaître que, dans les bureaux cette contagion se fait exclusivement par les crachats qui, desséchés sur le sol, se mêlent ensuite aux poussières de l'air et pénètrent dans les poumons. Ainsi tout tuberculeux qui crache sur le parquet sème la mort parmi ses cama-

rades. Le second moyen, corollaire du premier, serait la défense absolue de cracher ailleurs que dans des crachoirs hygiéniques disposés, de place en place, en nombre suffisant. Cette défense devrait s'étendre aux vestibules, couloirs, vestiaires, water-closets, escaliers, et même aux cours de l'administration,

La commission de la tuberculose a insisté sur ce fait que les crachoirs doivent être placés à un mètre au-dessus du sol et contenir un liquide et non du sable.

Il est enfin absolument urgent de transformer le mode de nettoyage journalier des bureaux. Nous savons que, seuls, les crachats sont dangereux ; or, le balayage à sec, ou presque à sec, tel qu'il est pratiqué actuellement, est un moyen parfait de les disséminer dans l'air. Dans tout local où des tuberculeux ont pu cracher sur le sol, le balai est un terrible engin de mort. Il est absolument nécessaire de remplacer le balayage par des lavages à l'aide de linges mouillés, tels qu'on les pratiques, dès maintenant, dans les casernes, et depuis peu dans les postes de police. Outre ces nettoyages journaliers au linge mouillé, il serait bon de procéder toutes les semaines à de grands lavages ; l'idéal serait de pouvoir laver non seulement les parquets, mais aussi les murs et les plafonds.

Actuellement, c'est déjà demander beaucoup que de demander le lavage des parquets. Pour être parfaitement efficace, ce lavage suppose des parquets imperméables. Les méthodes pour arriver à ce résultat sont nombreuses, et quelques-unes d'un bon marché extrême. Il faudrait imperméabiliser le sol des bureaux et, surtout le plutôt possible, le sol de ceux où le public est admis. Dans ces derniers, il serait nécessaire de prescrire un lavage à grande eau tous les jours.

Comme mesures accessoires, la commission a demandé des affiches, interdisant de cracher par terre, plus apparentes, et s'adressant aussi bien au public qu'au personnel, des cabines téléphoniques, mieux éclairées et lavées, sol et parois, chaque jour, des plaques téléphoniques lavées journalièrement et recouvertes d'une feuille de papier renouvelable pour chaque client nouveau.

Les mesures concernant le personnel sont les suivantes :

Empêcher les tuberculeux d'entrer dans l'administration ;

Éliminer et éloigner ceux qui s'y trouvent ;

Donner à tous les employés l'instruction spéciale grâce à laquelle ils pourront mieux, s'ils le veulent, se préserver de la contagion."

(J. des scien. méd. de Lille)

THERAPEUTIQUE

L'eau oxygénée

par M. MICHAUD (Th. de Paris.)

Découverte en 1818 par Thénard, l'eau oxygénée ne

fut longtemps qu'un sujet de curiosité pour les savants, et ce n'est que vers 1886 que l'on songea à utiliser son action en médecine : à cette époque J. Guérin signale l'action excitante et cicatrisante de l'eau oxygénée sur les plaies, Demarquay en préconise l'emploi dans le traitement des ulcères atoniques et scrofuleux.

Un peu plus tard, les travaux de Smith, de Day, de Gutmann (1869-1871) mettent en lumière les propriétés antifermentescibles de cette substance ; Doreau, élève de Damaschino, propose de l'appliquer au traitement du muguet buccal. Les recherches de P. Bert et de Regnard, de Baldy, de Bouchut, de Nicaise, de Laborde et Quinquaud établissent définitivement le pouvoir antiseptique de l'eau oxygénée. La thèse de Petit (1895), la communication de Lucas-Championnière à l'Académie de médecine et le mémoire de M. Touchard confirment et complètent par certains points les travaux précédents.

L'étude chimique de l'eau oxygénée comporte quelques détails intéressants. Préparée par la réaction des bioxydes sur les acides étendus, cette substance, dont la formule chimique est H_2O_2 , est extrêmement instable ; à l'état de pureté, elle peut dégager jusqu'à 475 fois son volume d'oxygène. Elle se mélange à l'eau en toutes proportions, et ce sont précisément ses solutions qu'utilisent l'industrie et la médecine. Au degré de concentration employé en médecine, c'est-à-dire à 12 volumes au maximum, ces solutions ont une légère saveur métallique, mais à 3 ou 5 volumes leur saveur est absolument nulle,

Pour conserver l'eau oxygénée, il faut éviter de la mettre en présence de certains corps (charbon, bioxyde de manganèse etc.) qui la décomposent par leur seul contact sans éprouver aucune altération ; l'agitation simple détermine également la mise en liberté d'une quantité considérable d'oxygène, d'où les deux indications suivantes, si l'on veut conserver une eau oxygénée active : *éviter de secouer les flacons qui la renferment ; éviter d'y laisser tomber des poussières.*

Pour reconnaître la présence d'eau oxygénée dans un milieu quelconque, il suffit d'ajouter à ce milieu une solution d'acide chromique ; l'eau oxygénée donne alors de l'acide perchromique bleu, soluble dans l'éther. C'est là une réaction d'une grande sensibilité qui permet de déceler les moindres traces d'eau oxygénée.

L'eau oxygénée du commerce contient un grand nombre d'impuretés : de l'acide sulfurique, que le chlorure de baryum décèle en donnant un précipité blanc, — de l'acide chlorhydrique, qui donne avec le nitrate d'argent un précipité blanc caillebotté, — de l'acide phosphorique, qui, chauffé avec du molybdate d'ammonium, donne un précipité jaune. L'acide azotique est rarement ajouté à l'eau oxygénée. L'alcool chauffé avec un peu d'iode et de potassé donne l'odeur caractéristique de l'iodoforme. Toutes ces impuretés rendant l'eau oxygénée impropre à l'usage médical ; il est utile de savoir les rechercher et de se rappeler que l'eau oxygénée, évaporée à sec, ne doit pas donner de résidu fixe.

L'étude physiologique de l'eau oxygénée a conduit les divers auteurs aux conclusions les plus contradictoires. P. Bert et Regnard (1880) constatent que l'eau oxygénée arrête le développement des ferments figurés et qu'elle est décomposée par un certain nombre de tissus, et particulièrement par la fibrine ou les éléments donnant naissance à ce corps. Aussi toute injection intra-veineuse d'eau oxygénée produit-elle des embolies gazeuses mortelles. Asmuth et Schmidt contestent ces résultats confirmant au contraire Colasanti et Capranica (1882). Pour Laborde et Quinquaud on peut sans danger introduire dans les veines de l'eau oxygénée pure à 5 ou 6 volumes pourvu que l'injection soit faite par petites quantités et lentement. Les recherches personnelles de l'auteur viennent à l'appui de l'opinion de P. Bert : l'eau oxygénée est facilement absorbée par les muqueuses et les séreuses : elle donne lieu, suivant la dose, à des troubles vasomoteurs graves et à des embolies gazeuses pouvant déterminer la mort.

Beaucoup moins contestées sont les propriétés bactéricides de l'eau oxygénée. Admises par les anciens auteurs, elles ont été étudiées récemment par MM. Chamberland et Fernbach (1893), Touchard, etc. M. Miquel montre que 1^{er}8 d'eau oxygénée à 10 volumes suffit pour empêcher l'évolution de n'importe quel germe dans un litre de bouillon de bœuf stérilisé ; dans son tableau des antiseptiques, il place l'eau oxygénée au troisième rang, après le biiodure de mercure et l'iodure d'argent, immédiatement avant le sublimé. Les recherches de MM. Touchard, Claisse, etc., ont montré que cette action antiseptique de l'eau oxygénée pouvait avantageusement être utilisée en thérapeutique.

Les propriétés thérapeutiques du bioxyde d'hydrogène sont surtout précieuses lorsqu'il s'agit d'attaquer une plaie suppurante. Le sublimé, coagulant les albuminoïdes, n'agit plus dans la profondeur ; l'acide phénique n'a qu'une action lente et irrégulière : il est de plus fort toxique, le chlorure de zinc n'a d'influence que sur les points qu'il a touchés. L'eau oxygénée est incomparablement supérieure à tous ces agents. Se décomposant en effet au contact de la plaie, elle envoie dans toutes les anfractuosités de la plaie de l'oxygène naissant doué d'un puissant pouvoir bactéricide. Aussi Quénu et Hartmann ont-ils obtenu d'excellents résultats des lavages du rectum à l'eau oxygénée dans les cas de cancer de cet organe, Lucas-Championnière, des lavages vaginaux avant l'hystérectomie. Les lavages de la bouche à l'eau oxygénée seront recommandés pour toutes les opérations chirurgicales de la région. En un mot, dans toutes les opérations de chirurgie générale en terrain non septique, l'on peut et l'on doit recourir à l'eau oxygénée, antiseptique parfait, hémostatique puissant.

(à suivre)

BIBLIOGRAPHIE

P. BLAKISTON, SON & CO., Philadelphia.

C. L. GREENE. — *The Medical Examination for Life Insurance.* — in-8°, 99 gravures..... \$4.00

Un livre des plus utiles et des mieux faits. Serait d'un grand secours à tout médecin, car c'est un vrai traité de diagnostic médical qui fait bien ressortir les points importants.

E. E. MONTGOMERY. — *Practical Gynecology.* — 8 vo. 527 figures..... \$5.00

Un traité tout à fait pratique, au courant de tout. Convient bien pour le praticien.

W. B. SAUNDERS & CO., Philadelphia.

The American Year-book of Medicine and Surgery for 1900 and 1901. — 2 volumes chaque année \$3.00 cha.

Les volumes pour 1900 sont parus ; le premier traite de la médecine et le second de la chirurgie. Pour le praticien cet ouvrage est des plus nécessaires, car il y trouvera tout ce qu'il y a de plus nouveau et de plus utile.

Saunders Pocket Formulary. — 6^e édition, p. 297. \$2.00.

Un fond inépuisable de renseignements pratiques.

LEA, BROTHER & CO., Philadelphia.

STIMSON, L. A. — *A Treatise on Fracture and Dislocation.* — 800 p., 368 figures..... \$5.00.

Cette nouvelle édition (3^e) de cet excellent ouvrage vient de paraître. Il est écrit pour le praticien et il est entièrement au point ; nous ne pouvons trop le recommander.

WM. WOOD & CO., New-York.

A Reference Hand-book of the Medical Sciences. — 799 pages, 499 figures..... \$7.00.

Le premier volume de cette belle encyclopédie, à sa seconde édition, vient de paraître. Il est très bien.

R. C. CABOT. — *Physical Diagnosis of the Chest.* — Pp. 315..... \$2.50.

Un livre qui rendra de réels services aux médecins et même aux spécialistes.

J. A. DAVIS & CO., Philadelphia.

L. FISCHER. — *Infant Feeding in Health and Disease.* p. 368..... \$1.50.

Voilà un petit volume sur un sujet toujours d'actualité. La réputation du professeur Fischer n'est plus à faire et le volume est à la portée de tous.

Travaux Originaux

DE L'ELECTRICITE EN THERAPEUTIQUE.

par M. le Dr S. BOLDUK.

L'électricité joue un grand rôle en médecine, depuis un certain nombre d'années. Aujourd'hui, en effet, des établissements d'électrothérapie s'établissent çà et là avec plus ou moins d'éclat, et l'on dirait, vraiment, que les électrothérapeutes vont finir par s'emparer des plus importantes parties du domaine médical.

Il ne serait peut-être pas hors de propos de se demander si c'est pour le plus grand bien de l'humanité souffrante.

Pour notre part, nous ne le croyons pas.

Comme moyen palliatif, comme moyen de diagnostic, surtout, l'électricité a rendu de grands services, et, d'après les apparences, elle en rendra de plus grands encore sous sa forme radiographique, mais comme moyen curatif proprement dit, elle constitue un traitement que l'on peut, croyons-nous, qualifier ainsi : 1° généralement peu efficace ; 2° souvent nuisible ; 3° quelquefois dangereux.

1° Les électrothérapeutes rapportent souvent des cas de maladies traitées avec succès par l'électricité ; il serait intéressant de connaître combien ils en ont traité de cas sans succès. Voilà 15 ans, par exemple, que l'on fait de la gynécologie d'après la méthode d'Apostoli ; eh bien ! nous le demandons, combien de cas de dysménorrhée, combien de cas d'endométrite a-t-on guéris radicalement ? Combien de corps fibreux a-t-on fait disparaître par l'action seule des courants galvaniques ? A cette dernière interrogation, le Dr Lacaille, un électrothérapeute des plus autorisés, nous répond : " Jamais nous n'avons constaté la fonte totale d'un seul fibrome."

Il n'y a pas très longtemps, un adepte fervent de l'électrothérapie, rapportant un cas d'occlusion intestinale aiguë, traité avec succès par l'électricité, disait : " Le troisième et le quatrième lavement produisirent un dégagement plus considérable de gaz, en même temps que l'évacuation des résidus de deux larges injections d'huile de ricin et de térébenthine données deux jours auparavant." Remarquons bien : quatre lavements électriques pour ramener deux lavements ordinaires égarés depuis deux jours ; est-ce bien là un succès ?

2° Du moment que le traitement électrique est inefficace, il devient par là même nuisible, en ce sens, qu'il

empêche ou retarde l'emploi de moyens plus appropriés. Mais c'est surtout en créant des obstacles à l'exécution d'un traitement plus convenable qu'il peut devenir nuisible.

Voici comment.

Il est reconnu et admis depuis longtemps que les tissus du corps se décomposent si on les soumet à l'action des courants galvaniques d'une haute intensité. Il est également admis qu'un courant galvanique continu, en augmentant le mouvement vermiculaire des vaisseaux augmente l'afflux du sang dans ces mêmes tissus. Or, décomposition des tissus, ou lésion des tissus — ce qui doit être la même chose — et afflux du sang, voilà, il nous semble, tout ce qu'il faut pour faire naître des inflammations nouvelles, ou pour raviver celles qui existaient déjà à l'état latent. Et c'est précisément ce que nous constatons dans les observations cliniques. Tout dernièrement, un chirurgien éminent nous disait que, dans l'enlèvement de fibromes qui ont été soumis pendant un certain temps à l'action des courants galvaniques, on est presque toujours sûr de rencontrer des adhérences nuisibles, provenant de l'inflammation provoquée par l'électrolyse.

3° Si, comme nous venons de le voir, les courants galvaniques ont, de leur nature, une tendance à faire développer des congestions et des inflammations, il est facile de prévoir que le traitement électrique de certaines affections peut amener des complications graves. Par exemple, la dysménorrhée, l'endométrite, les douleurs pelviennes, indices non équivoques de quelques lésions inflammatoires du tractus génital, ne se compliqueront-elles pas, parfois, de salpingite, de paramétrite, de péritonite, si on les soumet à l'action répétée des courants galvaniques ? C'est probablement pour éviter ces conséquences fâcheuses que le Dr Lacaille nous dit qu'on ne doit jamais électriser un fibrome accompagné de lésions annexielles ou péritonéales.

Il est une maladie dans laquelle le traitement électrique peut avoir les plus funestes résultats : nous voulons parler de l'occlusion intestinale aiguë.

On sait que dans cette redoutable maladie, il y a excitation, ou plutôt, surexcitation et de la contractilité musculaire et des nerfs de l'intestin, une altération si profonde du système sympathique abdominal, que la mort peut, parfois, survenir en 36 heures. D'un autre côté, on sait aussi que l'action principale de l'électricité consiste dans l'excitation des nerfs et de la contractilité musculaire. On conçoit alors le tort, nous pourrions dire

le désastre, qui peut résulter parfois du traitement électrique, en excitant ainsi des nerfs qui sont déjà dans un état d'excitation extrême.

Alors, n'est-il pas permis de trouver étrange, que l'on vienne, avec le ton et la forme de l'enseignement classique, nous conseiller de nous adresser à l'électrothérapie dans toute espèce d'occlusion intestinale aiguë, et nous dire, qu'à l'encontre de la plupart des autres moyens, l'électricité n'est jamais nuisible.

Et n'est-il pas plus étrange encore de voir annoncé publiquement, que dans tel établissement d'électrothérapie, à tel n°. on fait de la gynécologie médicale, on traite le rhumatisme, la dyspepsie, le mal de Bright, les douleurs pelviennes, etc., etc.

Enfin, nous ne voyons pas l'opportunité de ces exhortations chaleureuses, de ces espèces de harangues que l'on nous fait à tous propos en faveur de l'électrothérapie ; car, après tout, au point de vue de la thérapeutique, l'électricité n'est qu'un simple remède, peu à la portée de tout le monde ; et des remèdes, hélas ! il y en a beaucoup trop, ils menacent de nous engloutir. Il y en avait moins, autrefois, et cependant, déjà, en 1860, un des plus éminents professeurs de Laval, le regretté Dr Hubert Larue disait avec beaucoup de raison et d'esprit : " Si l'on pouvait jeter à la mer les 9/10 des remèdes, les poisons en souffriraient, mais l'humanité serait soulagée."

C'est vrai nous diront certains électrothérapeutes, l'électricité n'est qu'un simple remède, mais ce remède opère à la fois sur l'organisme vivant, par quatre modes d'action : action excitante, action sédative, action électrolytique, action cataphorétique ; puis, de ces quatre actions combinées découlent des résultats cliniques vraiment merveilleux.

Nous avons parlé plus haut de l'action excitante et de l'action électrolytique de l'électricité ; nous n'y reviendrons pas.

Au sujet de l'action sédative, qu'il nous soit permis de dire, qu'elle fait une singulière figure à côté de l'action excitante.

L'action cataphorétique, bien entendu, est aussi ancienne que les autres ; cependant, son existence n'a été démontrée que depuis quelques années. En tous cas, il paraît que, par cette quatrième propriété des courants galvaniques, on peut faire pénétrer diverses substances médicamenteuses, par exemple, le sérum artificiel, dans la circulation générale.

Il faut avouer qu'ici encore, le merveilleux n'est pas bien visible.

Nous terminons, croyant avoir démontré d'une manière satisfaisante, que le traitement électrique est généralement peu efficace, souvent nuisible, quelquefois dangereux. L'électrothérapie, quoiqu'on en dise en certains lieux, est encore loin d'être dégagée de tous les procédés de l'empirisme ; ses adeptes semblent oublier qu'on ne peut, qu'on ne pourra jamais opérer sur la matière vivante, comme on le fait dans les laboratoires sur la matière inerte.

Saint-Michel de Bellechasse.

Coq-à-l'âne médicaux.

La jaunisse. — D'après le Dr. Witkowski le remède spécifique de la jaunisse serait la pilocarpine, une piqûre de 1 centig., une ou deux fois par jour. (*Le médecin.*)

Mort du fœtus et albuminurie maternelle. — Il existe des cas de mort habituelle du fœtus due à une maladie de l'œuf s'accompagnant d'albuminurie avec intégrité du parenchyme rénal maternel. Le traitement habituel de l'albuminurie n'empêche pas la mort de l'enfant, dont la nutrition est modifiée par des lésions placentaires primitives. L'accouchement prématuré artificiel est indiqué dès que l'enfant est viable. (*Fabre, in Lyon médical*)

La prescription :—

C'est une gentille M. D.

Lui, par une maladie

Bien étrange est ravagé.

" Que faire ? Dites, j'vous prie."

Fort troublé par sa visite,

En tachycardie son cœur,

Il la supplie : " Prescris, vite,

Grains ou scrupules, je meurs ! "

Diagnostic elle rend ;

Rougit ; puis vaincue, formule :

" Tiens, quantum sufficit, prends-

Moi, minime, sans scrupule ! "

(*Nire.*)

De l'albumosurie. — Les albumoses, ou produits intermédiaires entre les albumines et les peptones, apparaissent dans les urines dans un grand nombre de cas, qui peuvent former deux classes distinctes : *L'albumosurie de Bence-Jones*, caractérisée par ce fait que l'urine chauffée, sans addition d'aucune sorte, se coagule vers 60°

et s'éclaircit à l'ébullition, par dissolution partielle ou totale du précipité. Cette albumosurie, se rattache le plus souvent, sinon toujours, à des lésions du squelette (tumeurs à myéloplaxes, ostéomalacie). *L'albumosurie commune*, urologiquement très voisine de la précédente, n'offre pas le signe caractéristique de Bence-Jones. Elle est fréquemment liée à l'existence de néphrites, mais peut en être indépendante. (Hogouneng, in *Lyon médical*.)

L'hématurie névropathique. — Lancereaux conclut ainsi un travail fait à l'Académie de médecine : Il existe dans les organes urinaires des deux sexes, et dans les organes génitaux de la femme, indépendamment des hémorragies liées à un désordre matériel, des hémorragies dépendantes d'un trouble de l'innervation. Relativement fréquentes chez les névropathes, ces hémorragies, survenant en général à la suite de fatigues et de vives émotions, fournissent au praticien des indications spéciales qui consistent, après avoir modéré le flux sanguin, à s'adresser au système nerveux. C'est alors que la quinine, dont l'une des propriétés essentielles est de favoriser la contraction des petits vaisseaux, devient utile, comme aussi l'hydrothérapie, ce grand modificateur du système nerveux. (*Bull. Acad. méd.*)

Pensées. — Dans toute œuvre qui plait à l'homme, cherchez la main de la femme.

L'homme est un être de sensation, et la femme un être de sentiment.

La nature a créé l'amour pour la reproduction ; la femme s'en sert pour dominer et l'homme pour passer le temps.

Les femmes, singulière denrée, les bonnes se donnent, les mauvaises se vendent.

La femme aime le gazouillement de l'amour ; l'homme en préfère le chant.

A vingt ans la femme cherche dans le mariage la liberté, à trente ans l'amour, à quarante ans l'affection, à cinquante ans la protection.

La femme préfère dans son médecin la compassion à la science. Avis aux gynécologues qui visent le succès.

(*Lucine.*)

Sur l'immunité. (Metchnikoff). — 1° L'immunité dans les maladies infectieuses n'est qu'un cas particulier de la résorption des éléments organisés. 2° Le phénomène le plus général de l'immunité naturelle ou artificielle réside dans la *réaction phagocytaire*. 3° Les pha-

gocytes agissent en vertu de leur sensibilité et de leur faculté de digérer les éléments organisés. 4° La digestion intra-cellulaire s'effectue à l'aide des ferments, parmi lesquels les *cytases* ou *alexines* occupent le premier rang. 5° Les cytases restent incluses dans les phagocytes et ne sont pas sécrétées dans le plasma. Elles ne passent dans les humeurs de l'organisme que pendant la *phagolyse*, c'est-à-dire à la suite de l'altération des phagocytes. 6° La fonction digestive des cytases est favorisée par une substance plus réfractaire à l'action des températures élevées, par la *phylocytase* ou *substance sensibilisatrice*. 7° La phylocytase est un produit des phagocytes, qui est déversée en abondance dans le plasma. 8° L'organisme est capable de résister sous l'action de la phylocytase sécrétée dans le plasma, non seulement dans l'immunité naturelle, mais encore dans les quelques cas d'immunité artificielle. (*Arch. russes de path. — Lyon méd.*)

La rhinite purulente comme cause d'adénite cervicale. — Il ne faut pas oublier, dit le docteur Cobb (*Bost. Med. and Sur. J.*) que la rhinite purulente finit souvent par donner naissance à de l'adénite cervicale.

Impromptu de Hugo, sur un squelette.

Squelette réponds-moi : Qu'as-tu fait de ton âme ?

Flambeau, qu'as-tu fait de ta flamme ?

Cage déserte, qu'as-tu fait

De ton bel oiseau qui chantait ?

Volcan, qu'as-tu fait de ta lave ?

Qu'as-tu fait de ton maître, esclave ?

Le koumyss. — Voici les conclusions de C. Fleuroff (*Med. Rec.*) : 1° Dans l'anémie, la neurasthénie et l'hystérie, il y a eu amélioration de l'état général et de tous les symptômes. 2° Dans certains cas de colique hépatique et néphritique, il y a eu aggravation de la douleur. 4° Dans les maladies du cœur et des vaisseaux sanguins, le résultat a été nul. 4° Aussi dans la tuberculose généralisée. 5° Au début de la phtisie et dans les formes latentes, l'appétit a été amélioré, de même que les fonctions digestives et l'état général, le poids a augmenté, la toux, la fièvre et l'expectoration ont diminué. 6° Le traitement par le koumyss demande à être prolongé pendant longtemps. 7° Les maladies dans lesquelles il est contre-indiqué sont : l'athérome, les maladies du cœur, la pléthore abdominale, le rhumatisme et la goutte, la congestion cérébrale, les dernières périodes de la phtisie, l'hémoptysie, les coliques hépatiques et néphritiques.

Dans la tranchée !

Un mari pleurait pour sa femme,
 Voyant qu'en travail elle était,
 Et que si fort elle pétait
 Qu'elle allait presque rendre l'âme.
 Comme elle jetait les hauts cris,
 L'accoucheur, avec un souris,
 Dit pour consoler l'accouchée :
 " Vous êtes, madame Nadon,
 Bien avant dedans la tranchée,
 Puisque vous tirez le canon." (Witkowski.)

NIRE.

GLANES CANADIENNES

L'Union médicale du Canada (mars 1901)

Les maladies infectieuses, l'hygiène et les pouvoirs publics, par monsieur le professeur E. P. LACHAPELLE. Discours prononcés à l'ouverture des cours de l'université Laval, le 3 octobre 1900. L'auteur insiste sur le grand danger des maladies contagieuses et les ravages qu'elles causent, surtout chez les enfants. La rougeole est surtout maintenant à craindre et de par sa nature même et de par les complications diverses qu'elle entraîne à sa suite. La scarlatine emporterait 15 % des enfants qu'elle attaque ; elle est à craindre dans ses suites elle aussi : rhumatisme, lésions des oreilles, de la gorge, des reins. Chez les enfants, dans la province de Québec, de 1894 à 1898, la rougeole compte 1564 décès, la scarlatine, 3338, la diphtérie 9736, soit un total de 14,638. Chez les adultes, la tuberculose et la fièvre typhoïde sont les plus à redouter. Celle-ci enlève chaque année dans la province, une moyenne de 359. De 1894 à 1898, la léthalité a été de 1767 ; cette maladie tue 14 % des malades en temps ordinaires ; dans certaines épidémies elle se rend à 60 %. La tuberculose pulmonaire est encore plus dangereuse ; de 1894 à 1898, elle a causé 14,235 décès.

La variole en 1885, a atteint dans cette province près de 20,000, dont 6,000 succombèrent ; de 1888 à 1900, sous la nouvelle organisation sanitaire provinciale, il n'y eut que 1008 cas, avec 60 mortalités, soit 6 % ; en 1891, la léthalité a été de 21 % ; en 1900, de 1.2 %, sur 816 cas. Ces chiffres parlent éloquentement de l'utilité des mesures sanitaires mises en application.

L'auteur rappelle l'importance qu'il y a pour les gouvernements de s'intéresser aux questions d'hygiène et il dit : " Sous ce rapport le Canada, et notre province en particulier, n'a rien à envier aux autres pays, car nos gouvernements ont toujours porté beaucoup d'intérêt à l'hygiène, et se sont toujours prêtés à en favoriser

l'application par les mesures indiquées." Le docteur signale le fait que l'opposition et l'indifférence envers les exigences de l'hygiène, viendraient souvent des médecins et des familles, et tout en montrant que cette antipathie diminue, il regrette qu'elle existe.

Considérations et statistiques sur la mortalité infantile, par le docteur P. E. PROVOST, de Montréal.

Près de la moitié des décès de l'année 1899 ont été des enfants : soit 14,132 sur 32,800. En comparant Québec et Ontario, on trouve que cette dernière province sauve 13 % plus d'enfants ; mais il ne faut pas oublier que notre natalité est plus grande (1½ % de plus) et même notre natalité absolue est la plus considérable du monde, car en 1898 la France a donné 2.21 % de naissances, 2.12 % de décès ; l'Allemagne 3.62 % de naissances et 2.06 % de mortalité ; Québec, 3.57 % de natalité, 1.79 % de léthalité ; ce qui fait en surplus de naissance pour la France 0.09 %, l'Allemagne 1.56 %, Québec 1.78 %. L'auteur met en cause l'ignorance ou l'insouciance des médecins en matière d'hygiène, surtout en ce qui regarde les maladies infectieuses épidémiques.

La diphtérie diminue tous les ans, cette diminution étant certainement due au sérum : cependant le taux de la mortalité reste encore bien au-delà de 10 %. Le docteur insiste sur la négligence à peu près générale des médecins comme cause de la dissémination des maladies contagieuses. Il signale l'ignorance des élèves en médecine et des jeunes médecins en cette matière des contagés, faute, sans doute, de pouvoir se familiariser avec les malades dans les hôpitaux réservés à ces affections. Ces jeunes médecins s'établissant dans les campagnes permettent à l'infection de se répandre faute d'un diagnostic précoce et de connaissances pratiques sur les maladies contagieuses.

BRENNAN.

Montreal-medical (mars-avril 1901)

La chirurgie à l'Hôtel-Dieu durant le XIXe siècle, par SIR WILLIAM HINGSTON. C'est une historique intéressante, sous forme de clinique. En 1810, l'Hôtel-Dieu ne recevait que 500 malades ; en 1900 elle a donné asile à 2,500. Une des premières trépanations y fut faite avec succès ; il s'agissait d'un jeune homme de 23 ans souffrant depuis vingt ans d'une hémiplegie avec contracture, à la suite d'une fracture du pariétal : la contracture disparut immédiatement et quelques semaines plus tard le patient se servait de son bras. Peu de temps après, sir William enleva, par la trépanation une tumeur chez une jeune fille atteinte d'une céphalalgie intense nettement localisée. Guérison.

Les registres relèvent des thorocoplasties fréquentes : et le clinicien conseille d'opérer l'emphysème chronique à bonne heure.

L'appendicite est mentionnée plus fréquemment de-

puis ces années dernières ; le docteur conseille d'intervenir "à chaud" si les symptômes ne tendent pas vers l'amélioration ; dans ces cas, lorsqu'il y a du pus, il ne faut prolonger les recherches de l'appendice ; drainer pendant 48 heures. Dans l'appendicite à rechutes, il conseille d'opérer à froid.

Le docteur Hingston est bien en faveur de la litholaxie comme méthode de choix pour le traitement des calculs vésicaux ; la taille il la réserve pour les enfants et les grosses pierres ou les vessies bien malades.

Le docteur ne rencontre plus aujourd'hui de ces kystes ovariens énormes d'autrefois (60 et même 115 lbs.) car le diagnostic se pose plus tôt. La mortalité durant ces dernières années n'a été que de 40/0.

Le docteur Hingston dit : " La néphrectomie n'était pas encore connue, et en 1868, ayant à traiter un cas de cancer du rein, nous avons fait l'ablation du rein. Un peu plus tard, une néphrectomie nous donna une guérison pour hydronéphrose.

Sir William a fait la splénectomie en 1892.

Il croit le médecin justifiable d'une intervention pour la cure radicale des hernies, surtout dans la forme congénitale ; l'acquise expose plus aux récives.

Souvent il s'est fait à l'hôpital des résections du genou, du coude, de l'épaule, du poignet, quelquefois de la hanche : le docteur conseille la chirurgie conservatrice tant que faire se peut. Dans les résections orthopédiques il faut prendre en considération l'âge, la profession, la santé générale. La résection pour corriger une difformité ou un raccourcissement d'un membre est toujours légitime chez un adulte bien portant ; chez un homme obligé de se livrer à des travaux, il vaut mieux respecter une ankylose un peu vicieuse, que de produire une articulation mobile insuffisante. Pour les pieds-bots il vaut mieux opérer à bonne heure, dès que l'enfant s'est accoutumé à prendre le sein et que son développement marche régulièrement.

Sir William en terminant invite les curieux et les étonnés à consulter les registres de l'Hôtel-Dieu et ils pourront y constater que c'est là que pour la première fois à Montréal on a fait la grande résection du genou, l'ablation du maxillaire inférieur, l'ablation de la langue, l'hystérectomie ; et que neuf mois avant que la néphrectomie fut connue au monde chirurgical il a fait l'ablation du rein avec succès.

Le cancer de l'estomac, par monsieur le professeur DEMERS. Une clinique faite à l'hôpital Notre-Dame.

BRENNAN.

Revue des journaux

MEDECINE

Le pleuro-typhus et les pleuresies typhiques.

par REMLINGER.

Les pleurésies qui apparaissent au cours de la dothiéntérie sont presque toujours causées par le bacille d'Eberth. Les pleurésies dues aux microbes d'infection secondaire sont l'exception. Une entité morbide bien distincte est constituée par une pleurésie séreuse précédant une fièvre typhoïde bénigne, parfois même une fièvre typhoïde atténuée au point de constituer un simple embarras gastrique. C'est le pleuro-typhus ou le pleuro-embarras gastrique à bacilles d'Eberth.

Les pleurésies qui apparaissent au cours même de la fièvre typhoïde sont d'un pronostic plus sérieux. Elles peuvent être séruses, hémorrhagiques ou purulentes. Le pronostic dépend surtout de la purulence de l'épanchement et celle-ci est en rapport avec la chronologie de la complication. Les particularités les plus intéressantes de ces pleurésies sont leur prédominance à gauche, la lenteur, la subacuité de leur évolution et la tendance du liquide à devenir stérile par atténuation de la virulence, puis par disparition du bacille d'Eberth.

Enfin, une classe fort intéressante de pleurésies à bacilles typhiques est constituée par les cas où cette pleurésie résulte d'une infection secondaire ou cause d'une autre affection.

(*Journ. des prat. — Indép. méd.*)

Des urines retardées dans les cirrhoses.

MM. Gilbert et Lereboullet (Soc. de biolog.) signalent un phénomène qu'ils ont eu l'occasion d'observer au cours de diverses affections hépatiques et consistant en une inversion du rythme normal de l'élimination urinaire. Normalement les urines digestives sont abondantes, les urines du jeûne rares. Chez leurs malades (auxquels ils faisaient prendre deux repas par jour, à huit heures d'intervalle, en recueillant les urines tous les quarts heures), le phénomène inverse se produisait, les urines digestives étant les urines les moins abondantes, celles du jeûne et notamment celles du matin au réveil remarquablement abondantes. Ce retard des urines a été observé par eux dans les cirrhoses veineuses surtout à la période préascitique, dans les cirrhoses biliaires, dans un cas de cirrhose pigmentaire, dans certains cas de foie cardiaque. Il s'explique par un retard dans l'absorption aqueuse de la muqueuse de l'intestin dû à la pléthore portale. Il s'agit donc d'un symptôme à ajouter à ceux qui traduisent le

syndrome de l'hypertension portale. Ce symptôme (joint à la tuméfaction splénique, aux hémorragies gastro-intestinales, à l'ascite terminale, à la circulation supplémentaire relativement fréquente) permet de décrire un syndrome de l'hypertension portale non seulement dans les cirrhoses veineuses mais aussi dans les cirrhoses biliaires.

(Ind. méd.)

Angines de poitrine vraies et fausses.

M. Huchard a formulé les quatre lois suivantes :

1. Toute angine de poitrine produite par un effort quelconque, par la marche rapide, etc... est une angine vraie ou produite par sténocardie coronarienne ;

2. Lorsqu'un malade, ayant des crises provoquées par l'effort, en a de spontanées pendant la nuit, il s'agit toujours d'une angine de poitrine véritable ;

3. Toute angine de poitrine se produisant spontanément, sans l'intervention d'aucun acte nécessitant un effort, est une angine fausse ou névralgique ;

4. Les douleurs thoraciques provoquées par la pression ne sont pas des douleurs angineuses.

Les crises nocturnes d'angine de poitrine présentent les 3 caractères suivants : Intensité des douleurs ; leur longue durée (plusieurs heures au lieu de quelques minutes) ; leur apparition spontanée.

A la sténocardie coronarienne on oppose la médication vaso-dilatatrice et hypotensive : Trinitrine au moment des accès ; inhalations de nitrite d'amyle. Iodures dans l'intervalle.

A la névrite cardiaque péri-aortique : La médication révulsive ou analgésique.

(Le médecin.)

CHIRURGIE

Le bi-iodo-salicylate de soude dans le chancre mou.

Foloff (*Rev. de thér. méd. chir.*) dit qu'il a traité quarante patients affectés de chancre mou, par le bi-iodo-salicylate de soude saupoudré sur l'ulcération, deux ou trois fois par jour. La partie est au préalable soigneusement lavée avec une solution chaude d'acide borique.

L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1. Ce médicament, qui a sur l'iodoforme l'avantage d'être inodore, rend des services marqués dans le traitement du chancre mou.

2. Dans presque tous les cas, l'usage de cette poudre est suivie d'un nettoyage rapide des surfaces ulcérées, plus spécialement si au début du traitement le médicament est employé dans les proportions de 20/0 avec du silicate de magnésie pulvérisé.

3. Dans les cas récents, et quand les lésions sont circonscrites, un mélange avec le silicate de magnésie, de 10 à 15 0/0, est souvent suffisant.

4. Le bi-iodo-salicylate de soude pur est caustique ; son action prolongée peut produire une certaine destruction périphérique, que l'on peut utiliser avec grand avantage en tenant l'ulcération propre.

5. L'application du médicament ne cause presque pas de douleur ; dans certains cas, même, il n'y a pas de douleur.

RHEUME.

Traitement abortif de la gonorrhée chez l'homme.

Koff (*Munch. Med. Woch.*) rapporte des résultats positifs obtenus par la méthode de traitement de Wewander.

Un petit tampon-monté est introduit dans le méat, et la muqueuse des fosses naviculaires est complètement frottée jusqu'à production d'un léger suintement sanguin. Après cela, la partie est badigeonnée avec une solution à 20/0 de nitrate d'argent. Ce badigeonnage doit être répété le lendemain.

La réaction inflammatoire subséquente est de courte durée, aussi bien que la douleur qui l'accompagne.

En outre de quinze cas qui se sont présentés en dedans de 48 heures après le coït infectant, Koff a obtenu des succès chez quatre patients qui sont venus le voir pas plus tard que 10 à 12 heures après l'infection.

RHÉAUME.

Anesthésie par voie médullaire du cou et de la partie supérieure du tronc.

On sait que jusqu'à présent on n'a pu obtenir, à l'aide des injections de cocaïne dans le canal rachidien, qu'une anesthésie limitée aux extrémités inférieures et à la partie inférieure du tronc. En raison de la densité de la solution aqueuse de cocaïne, l'anesthésie des parties supérieures du tronc ne peut être obtenue par une injection lombaire. M. Fummi a montré, sur les animaux et sur les cadavres, que si l'on dissout la cocaïne dans la glycérine, l'anesthésie pénètre jusque dans les ventricules du cerveau, et que le thorax, les extrémités supérieures et le cou participent à l'anesthésie.

(*The Lancet — Lyon méd.*)

Traitement du chancre simple.

par HALLOPEAU et LEREDDE.

S'il existe un phimosis, il convient de faire pratiquer par le malade des injections entre le prépuce et le gland

répétées plusieurs fois par jour, et surtout lorsque le malade a uriné. On emploiera, à cet effet, des solutions antiseptiques faibles : sublimé à 1 pour 2000, acide borique à 3 pour 100, acide phénique à 1 pour 200. Souvent les solutions hydro-alcooliques au tiers sont préférables ; on formulera par exemple :

Alcool à 60°..... 66 grammes.
Eau..... 30 —
Acide borique..... 3 —

Mais ces topiques, utiles pour enlever le pus et combattre la balanite concomitante, n'ont aucune action spécifique sur l'agent infectieux. Les lavages doivent donc être immédiatement suivis d'une injection d'huile de vaseline saturée d'iodoforme.

Les chancres abordables seront nettoyés, débarrassés des croûtes et du pus, au moyen d'eau bicarbonatée tiède et de coton hydrophile ; puis on pourra cautériser la surface, au moyen de la solution suivante :

Alcool à 60°..... 10 grammes.
Acide phénique..... 1 —

ou du chlorure de zinc à 1 pour 10, tous les deux jours.

Le pansement est fait au moyen d'une poudre. L'iodoforme est, de l'avis universel, le meilleur des antiseptiques ; on peut également employer le salicylate de bismuth, le dermatol.

Les chancres de l'anus sont traités par des attouchements de la même manière ; on applique ensuite des mèches imprégnées de vaseline iodoformée. Après chaque défécation, on lave à l'eau boratée et on applique à nouveau la pommade. Les bains locaux (bains de siège) quotidiens ou bi-quotidiens rendent de grands services.

On a proposé divers moyens pour détruire le chancre. La destruction doit être complète, sinon des réinoculations se produisent, et un chancre simple, plus étendu que le chancre actuel, apparaît. La pâte de Balzer a pour formule :

Chlorure de zinc..... 1 gramme.
Oxyde de zinc..... 10 —
Eau distillée..... Q. s. pour faire une
pâte.

On laisse 24 heures en place.

(*Presse médicale. — J. méd. de Paris.*)

GYNECOLOGIE

Douglasites aiguës et chroniques.

par le Dr L. LÉON ARCHAMBAULT.

(Suite)

Enfin la thérapeutique peut être mise en cause quelquefois, car on a vu une pelvi-péritonite se déclarer

à la suite d'un redressement forcé de l'utérus, de l'introduction de laminaires ou d'une sonde malpropre. J'en ai eu personnellement un cas regrettable, à la suite de l'introduction d'un crayon intra-utérin au traumatol, crayon qui était mal préparé, peu souple, trop pointu, et qui avait déterminé une érosion de la muqueuse utérine. Une pelvi-péritonite s'est déclarée quelques heures après le pansement. Il s'agissait d'une métrite à gonococque.

L'affection, une fois constituée, peut disparaître sans laisser de traces, mais, malheureusement, elle peut aussi déterminer une péritonite généralisée. Dans bien des cas favorables, la guérison ne s'obtient qu'au prix d'adhérences qui peuvent aboutir à l'oblitération des trompes et à la stérilité.

Il est en effet souvent difficile d'établir un diagnostic entre la paramérite et la pelvipéritonite, et, frappé du peu de clarté qui existait dans la pathogénie et la symptomatologie de cette affection, M. Pozzi a essayé de jeter un jour nouveau sur la question en créant la *péri-méthro-salpingite*

Si nous suivons les étapes de l'histoire des infections du péritoine pelvien et du tissu cellulaire voisin, nous trouvons d'abord, sous l'influence des idées de Nonat et de Valleix, l'infection du tissu cellulaire pelvien, sous le nom de cellulite pelvienne ; — puis ce fut le péritoine pelvien que l'on jugea seul en cause, et Bernutz et Goupil mirent en honneur la pelvipéritonite ; — survinrent les travaux de Virchow sur le tissu cellulaire péri-utérin, et la classification en deux groupes d'infections distinctes, les paramétrites et les périmétrites. De leur côté, Alph. Guérin et J. L. Championnière firent ressortir, avec juste raison, le rôle des lymphatiques, firent une classe à part de génitalites, l'adéno-phlegmon juxta-pelvien affection qui, lorsqu'elle touchait l'utérus, prenait le nom d'adéno-lymphite (Siredey-Martineau). C'est alors que M. le docteur Pozzi, reprenant une conception d'Aran, émit l'hypothèse que la plupart des infections prises jusqu'à présent pour de la cellulite pelvienne, de la péri-métrite, de la para-métrite, du phlegmon du ligament large, de l'adéno-phlegmon..., n'était qu'une infection dont le point de départ était la trompe, infection qui pouvait aboutir à des collections œdémateuses donnant une sensation de *plâtre coulé* dans la cavité pelvienne, ou des collections séreuses, ou purulentes, si bien accolées aux parois du bassin, qu'elles avaient l'air de faire corps avec elles, d'être de véritables abcès pelviens enkystés.

Et alors, pour M. le Dr. Pozzi, on observerait la *péri-méthro-salpingite séreuse*, qui s'accompagne d'œdème lymphangitique, comme la carie dentaire s'accompagne de fluxion, œdème fugace, mou, dépressible, mais pouvant aller jusqu'à former une collection séreuse qui bombe dans le Douglas. Puis l'*abcès pelvien*, qui ne serait qu'une collection salpingienne ayant formé des adhérences, ou un kyste du ligament large se mettant à suppurer, ou une hématoécèle adhérente aux organes voisins. L'abcès

pelvien tel que le comprenait les anciens auteurs existerait, mais le point de départ serait les lymphatiques de la trompe, lymphatiques qui pourraient causer une affection plus grave encore, le *phlegmon du ligament large*. Enfin, une dernière catégorie d'infection grave serait la *cellulite pelvienne diffuse*, la seule qui trouverait son explication dans une lymphangite septique s'étendant à tout le tissu cellulaire pelvien. C'est d'ailleurs, là, le point faible de la théorie si séduisante de M. le Dr. Pozzi, car, si la cellulite pelvienne grave existe, on ne s'explique pas pourquoi il n'existerait pas des formes atténuées, celles qui donnent un abcès enkysté, ou un simple œdème séreux, et pourquoi les formes anciennes de cellulite pelvienne et de pelvipéritonite ne continueraient pas à être admises.

Il est certain qu'une classe très fréquente d'affections que l'on peut être appelé à constater par le cul-de-sac de Douglas, ce sont les *salpingites*, mot qui résume les infections de la trompe et de l'ovaire, ou oophoro-salpingite.

Après s'être enquis de l'étiologie qui, le plus souvent, est l'infection gonococcique, mais qui peut être l'infection puerpérale, quelquefois aussi la maladresse d'un opérateur (toucher, hystéromètre) rarement enfin la tuberculose, l'actinomycose, et la propagation d'une infection intestinale, on interrogera la malade qui, la plupart du temps, après l'aveu d'un passé génital, exposera ces doléances qui constituent en général le *syndrome utérin*, répondant à ce que l'on retrouve dans toute affection génitale, ou à peu près : douleurs abdominales, lombaires, sacrées : douleurs coccygiennes et douleurs dans les cuisses, plus pathognomoniques que les autres d'une affection de la trompe, irradiations du côté de la vessie et de la trompe malade, leucorrhée, et par-dessus tout, état dyspeptique, que tout praticien est habitué à rencontrer chez les femmes atteintes de génitalites, chez les névropathes et les ptosées.

Toujours, ou presque toujours, des douleurs vives, douleurs uni ou bilatérales, selon la lésion, douleurs s'accompagnant de coliques intermittentes, ou coliques salpingiennes, avec ou sans expulsion de mucosités par le vagin. Très souvent, des métrorrhagies, ou des ménorrhagies, viennent accompagner l'état déjà précaire dans lequel se trouve la malade.

Et alors le toucher permettra de trouver un utérus refoulé en avant, plus ou moins mobile, et dans le cul-de-sac de Douglas, une petite tumeur en amande (ovaire) ou un cordon (trompe), souvent une vaste collection fluctuante latérale ou médiane, que l'on apprécie mieux par le touché combiné. Il faudra se défier de l'illusion que peut donner l'œdème péri salpingien qui, une fois disparu, laisse place à une lésion tubaire bien moins volumineuse qu'on ne l'aurait cru.

Bien que les renseignements que fournit le toucher soient précieux, il est difficile de faire un diagnostic des différentes sortes de salpingites auxquelles on a affaire.

Hégar prétend cependant pouvoir reconnaître les petits noyaux indurés d'une salpingite kystique, et il serait possible de discerner avec une grande habitude, la mollesse onctueuse de l'hydrosalpinx, de la dureté élastique du pyosalpinx !

Quoi qu'il en soit, la salpingo-ovarite constitue une affection qui guérit souvent, il est vrai, mais expose malheureusement à des poussées à la suite d'une cause banale, excès de coït, traumatisme... Pour Lawson Tait, ces rechutes seraient dues à des gouttes de muco-pus tombant dans le Douglas, et donnant lieu à des poussées nouvelles de péritonite locale. Trop souvent enfin, l'oblitération des trompes amène la stérilité.

Il existe aussi des *collections séreuses pelviennes* étudiées par Laroyenne, Condamine, Bonnet et qui doivent être étudiées après la pelvi-cellulite, la pelvi-péritonite et la salpingite. Vautrin, de Nancy, y a consacré des lignes intéressantes.

" Je distingue, dit-il, deux catégories de collections séreuses. La première comprend des collections séreuses développées au voisinage d'un utérus ou d'annexes malades. Elles occupent une cavité d'étendue variable, comprise au milieu d'exudats inflammatoires. Leur marche est silencieuse et chronique. Elles ne se font remarquer par aucun symptôme saillant ou spécial.

" La deuxième catégorie de collections séreuses que l'on peut désigner du nom de *pelvi-péritonites* séreuses, se rencontre plus rarement et se présente sous forme d'épanchements soudains, d'allure aiguë, avec un cortège de symptômes graves qui attirent l'attention. Ces collections peuvent atteindre un volume considérable en peu de temps, ainsi que je l'ai observé dans deux faits récents.

" Les épanchements séreux de la première catégorie se produisent au milieu d'exudats de périméto-salpingite à la faveur de poussées congestives ou inflammatoires successives. L'irritation propagée à la séreuse adjacente aux organes malades, provoque la sécrétion d'une certaine quantité de liquide ressemblant à l'ascite qui se collecte en une cavité de dimensions généralement restreintes. L'épanchement séreux environne presque toujours la lésion causale, l'enveloppe souvent et occupe, comme celle-ci, une situation variable dans le pelvis. Toutefois, son siège le plus commun est le cul-de-sac de Douglas, un peu au-dessus du cul-de-sac vaginal postérieur.

" Les collections séreuses de la deuxième catégorie succèdent à un état inflammatoire aigu, et principalement à une génitalite gonococcienne. Elles surviennent rapidement au milieu de symptômes de péritonite localisée au bassin : ballonnement du ventre, frissons, vomissements, pouls petit et fréquent, etc. La sérosité épanchée remplit le bassin et refoule parfois l'intestin jusqu'aux environs de l'ombilic. J'ai évacué deux pelvipéritonites séreuses de ce genre, dont l'une contenait 2 litres et demi, l'autre 3 litres d'un liquide limpide et peu coloré. Si l'on retarde

l'évacuation de ces énormes collections, elles passent rapidement à la purulence, ainsi que le démontrent les observations de Reclus au Congrès de chirurgie de 1891. On rencontre également ces pelvipéritonites pendant la puerpéralité."

(à suivre)

THERAPEUTIQUE

L'eau oxygénée

par M. MICHAUD (Th. de Paris.)

(Suite)

Bien que l'eau oxygénée donne de moins bons résultats dans les suppurations graves et prolongées, elle constitue peut-être encore dans ces cas la meilleure des médications, et, après Péan et Baldy, M. Lucas-Championnière a eu le grand mérite de montrer quelle amélioration on pouvait en attendre, dans les cas les plus graves. " Il est certain, dit expressément M. Lucas-Championnière, qu'aucune autre substance n'a donné, au cours de la suppuration, une action semblable, et que nous avons le droit de considérer l'eau oxygénée comme le seul antiseptique efficace pour arrêter la suppuration et les phénomènes septiques." La chirurgie des phlegmons et des abcès bénéficiera donc, dans la plupart des cas, de l'emploi méthodique de l'eau oxygénée. Il en est encore de même de l'ostéomyélite comme le prouvent l'observation de Tissot, et les observations personnelles de l'auteur.

Employée sur les plaies atones, sans tendance à la cicatrisation, sur les vieux ulcères variqueux et sur les gangrènes, l'eau oxygénée a donné les meilleurs résultats. Cette influence *excitante* de l'eau oxygénée sur les plaies, qui avait frappé les premiers observateurs, Baldy et Péan, semble due à la mise en liberté de l'oxygène, à son action spécifique sur les divers éléments de la plaie. L'application de l'eau oxygénée sur les séreuses enflammées est moins bien connue ; bien que cette méthode ait valu à M. Lucas-Championnière d'incontestables succès, elle doit être employée avec précautions, en raison de l'absorption rapide de l'eau oxygénée par les séreuses.

Il n'est pas jusqu'à la gynécologie et à l'obstétrique qui ne puissent bénéficier de l'emploi de l'eau oxygénée. Dans les infections par rétention placentaire, les avortements, les métrites chroniques, les métrorragies, la vaginite blennorrhagique, différents auteurs ont préconisé les lavages à l'eau oxygénée neutralisée et faible.

L'eau oxygénée a été introduite en ophtalmologie par Ferrara et Vacher (d'Orléans). Le premier de ces auteurs aurait obtenu de bons effets dans les cas de dacryocystite, de blépharite ulcéreuse, de conjonctivites purulentes ou granuleuses et surtout dans les kératites

parenchymateuses. Par contre, les résultats auraient été peu favorables dans le traitement des ulcères de la cornée, des iritis et des conjonctivites catarrhales.

Depuis les travaux de Bettmann et Gellé, on commence à utiliser l'eau oxygénée en otologie, particulièrement dans les otorrhées chroniques à suppuration fétide, sous formes de bains tièdes locaux.

En rhinologie, M. Gellé a montré le parti que l'on pouvait tirer des propriétés hémostatiques de l'eau oxygénée, soit que l'on ait à pratiquer une opération intranasale, soit que l'on ait simplement affaire à une épistaxis prolongée : dans ce dernier cas, l'obturation des choanes par un tampon imbibé d'eau oxygénée arrête rapidement l'hémorragie sans déterminer aucune complication ultérieure. " On réalise ainsi, a dit M. Touchard, l'idéal du tamponnement des fosses nasales : un tampon aseptique et hémostatique ; on se trouve donc dans les meilleures conditions pour éviter les complications du tamponnement postérieur : le coryza purulent, les sinusites, l'otite moyenne suppurée." L'eau oxygénée serait aussi applicable au traitement de l'ozène, du coryza et de la pharyngite chroniques.

L'eau oxygénée est encore l'antiseptique de choix dans les affections de la bouche (Touchard), et en particulier dans le muguet. C'est Damaschino qui a, le premier signalé les heureux effets de l'eau oxygénée dans le traitement de cette affection, et tous les travaux ultérieurs n'ont fait que confirmer les résultats obtenus par cet auteur.

Enfin, on a préconisé l'emploi de l'eau oxygénée dans le traitement de diverses affections internes (chlorose, diabète, épilepsie, etc.). Les essais n'ont pas été poussés assez loin pour que l'on puisse aujourd'hui donner des conclusions précises, peut être cependant l'eau oxygénée mérite-t-elle d'être employée dans les vomissements de la grossesse et dans les états asphyxiques. Mais c'est surtout dans le domaine de la chirurgie, générale ou spéciale, que cette substance trouve aujourd'hui ses meilleures indications.

(Gaz. des hôp.)

Traitement du goître par l'administration interne de la teinture d'iode à doses massives.

M. Léon Beco (de Liège) a coutume de prescrire d'abord aux goitreux de l'iodure de potassium dissous dans du sirop d'iodure de fer, à la dose moyennée de 5 grammes de sel pour 250 de sirop. Cette préparation généralement bien supportée, à la dose de trois cuillerées à soupe aux repas, donne souvent de bons résultats et amène alors, en peu de mois, la diminution et la disparition de goîtres souvent volumineux.

Si l'effet tarde à se produire, M. Léon Beco administre la *teinture d'iode à l'intérieur*.

Au début il la donnait timidement, atteignant rarement xx gouttes par jour en trois fois.

Actuellement il prescrit : teinture d'iode fraîche 25 grammes et iodure de potassium 5 grammes, à prendre de v à XL gouttes, suivant l'effet, dans un verre d'eau ou de bière, avant ou après les repas, trois fois par jour.

“ Il n'est pas superflu, dit l'auteur, lorsqu'on prescrit ces doses, de multiplier les points d'exclamation (!) dans le libellé de la recette et d'avertir, en outre, le malade que, si la dose paraît forte, elle est indispensable et souvent employée. Le pharmacien est souvent effrayé et ne parvient pas toujours à cacher ses appréhensions. Maintes fois des malades m'ont déclaré après coup que sans nos recommandations, ils n'auraient osé absorber ce remède si connu... pour usage externe !

Nous avons également obtenu de bons effets de cette préparation dans les adénites chroniques, notamment en quelques cas dont nous nous souvenons, dans lesquels les préparations arsénicales étaient restées inefficaces.

Parfois nous l'avons donné chez des syphilitiques qui supportaient mal l'iodure à dose suffisante. Encore ici le médicament a eu d'heureux effets. Récemment cependant, chez une syphilitique qui fait d'incessantes poussées de gommés dans le voile du palais et dans la paroi pharyngienne, malgré une médication intensive iodo-mercurielle, nous y avons eu recours sans d'autre résultat palpable que celui de pouvoir continuer la médication, alors que des doses de 4 à 6 grammes d'iodure n'étaient plus supportées. Nous ne lui avons pas constaté une efficacité spéciale chez cette malade, alors que nous sommes parvenus à guérir des sujets qui reculaient devant l'iodure seul à toutes doses.”

Sans vouloir faire de comparaisons avec d'autres méthodes et sans avoir la prétention d'en faire une méthode nouvelle, M. Léon Beco préconise ce procédé parce qu'il est simple et d'un emploi facile,

(Gaz. des hôp.)

[La teinture d'iode du *Codex* contient 1 p. d'iode pour 1s p. d'alcool ; celle de la *Pharmacopée britannique* renferme 1 p. d'iode et 1 p. d'iodure de potassium pour 40 d'alcool. Points à retenir. *Red.*]

PEDIATRIE

Traitement des colites aiguës chez les enfants.

par AVIRAGNET (Soc. de pédiat.)

La colite aiguë constitue un type clinique nettement distinct de la gastro-entérite ; elle se développe, soit primitivement, soit au cours d'une fièvre typhoïde, soit consécutivement à une gastro-entérite ; elle est manifestement d'origine infectieuse. Elle se présente sous deux formes : 1° forme muqueuse ou muco-glaireuse 2° colite dysentérique, qui évolue comme une dysen-

terie typique, au point de vue des symptômes généraux et des signes locaux, jusques et y compris, les selles sanglantes et même parfois les selles en râclures de boyaux. Aussi convient-il de mettre en œuvre contre elle le même traitement que contre la dysenterie. Il faut tenir le malade au repos au lit et à la diète hydrique ou lactée ; diminuer le ténesme par l'administration de lavements laudanisés ; enfin, modifier l'inflammation de la muqueuse. Pour satisfaire à cette dernière indication, c'est à l'ipéca ou aux purgatifs qu'il y a lieu de recourir, de préférence aux lavages, qui exaspèrent les douleurs, et aux lavements modificateurs à l'ipéca, au biborax ou à l'hyposulfite, qui sont mauvais également ; mais il ne donne de bons résultats qu'à la condition d'être employé à doses assez fortes et alors il est déprimant. Le calomel est souvent irritant. Reste le sulfate de soude, depuis longtemps employé dans la dysenterie, et qui a le double avantage de purger et d'exercer en même temps sur la circulation une action favorable à l'arrêt des suintements sanguins. C'est donc le sulfate de soude que préconise vivement l'auteur. S'il y a un état saburral assez prononcé, il l'administre le premier jour, chez les grands enfants, à la dose de 10 à 15 grammes ; puis les jours suivants, il en fait prendre de 2 à 5 grammes en plusieurs prises réparties, à quelques heures d'intervalle. Sous l'influence de ce traitement, l'état local s'améliore bientôt, le sang, les glaires disparaissent successivement des selles ; au bout de 5 ou 6 jours, apparaît la diarrhée, phénomène avant-coureur d'une guérison prochaine ; l'état général s'améliore en même temps à l'avenant. Comme moyens adjuvants, on peut, au besoin utiliser les bains et parfois les injections de sérum.

(Arch. méd. et chir. spéc.)

Coqueluches frustes et coqueluches ignorées

M. R. Saint-Philippe a vu nombre de *coqueluches frustes* où la quinte était remplacée par de l'éternuement — coqueluche sternutatoire — ou par une sorte de hoquet, de spasme tronqué, comme étranglé — coqueluche expiratrice — ou enfin par une toux simplement tenace, opiniâtre, fatigante — coqueluche grippoïde.

Fréquemment, il a constaté aussi des *coqueluches prolongées*, c'est à dire des coqueluches non reconnues sur lesquels la bronchite, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie, l'emphysème s'installent lentement, mais sûrement, revêtant la forme subaiguë et parfois chronique.

Dans ces cas dépister la coqueluche est chose capitale, et voici comment M. R. Saint-Philippe conseille de procéder pour arriver à ce but :

D'abord, à cause même de l'extrême contagiosité et de la grande fréquence de la maladie, toutes les fois qu'un enfant se présente comme atteint de toux ancienne, de susceptibilité bronchique ou d'accidents pulmonaires,

il faut donner une place au supçon de la coqueluche non reconnue et non étiquetée, tout comme on songe aux végétations adénoïdes ou à la tuberculose.

Puis on ouvrira une enquête minutieuse relative à la possibilité d'une contamination coquelucheuse.

On s'informerá si l'enfant crache (les enfants qui crachent sauf de rares exceptions, sont des coquelucheux plus ou moins vieux) ; s'il vomit le matin au réveil ; s'il est réveillé, surtout la nuit, par de la toux qui dure ; s'il y a quelquefois des épistaxis. On recherchera si le thorax n'est pas un peu déformé, si le visage n'a pas conservé un certain degré de bouffissure, si le frein de la langue ne présente pas une petite plaie cicatricielle.

On aura surtout recours au *grattage de la trachée*. Ce moyen consiste à peser avec le pouce sur la partie médiane de la trachée et à imprimer à l'appareil un mouvement brusque de déplacement de droite à gauche et de gauche à droite. La toux part, le spasme se produit avec violence, comme si un déclanchement se produisait ; et, si l'on insiste, on amène de véritables quintes suivies d'expulsion et parfois de vomissements. La coqueluche ne peut faire de doute.

Quant à la conduite à tenir une fois le diagnostic fait, voici comment M. R. Saint-Philippe la résume :

“ Abandonnez tout traitement général et donnez tous vos soins au traitement local qui devra consister surtout en révulsifs sur la peau et sur l'intestin. Voilà pour les complications broncho-pulmonaires. Délogez ensuite par les vaporisations phéniquées répétées matin et soir, le parasite (que la bactériologie n'a pas encore trouvé, mais que la clinique démontre), et dont les colonies sont accrochées aux parois de l'arbre respiratoire. Renforcez le cœur mou et dilaté, que les crises ont affaibli, par de la caféine et de la kola ; puis envoyez votre petit malade au grand air et, s'il est possible, à la montagne, où il trouvera aussi une cure thermale à faire.”

(*J. de méd. de Bordeaux — Gaz. méd. belge.*)

NOTES DE PHARMACIE PRATIQUE.

par J. W. LECOURS,

Professeur de matière médicale et de pharmacie

à l'École de pharmacie de Montréal.

Sous le titre de Notes de Pharmacie Pratique, nous publierons de temps en temps, de courtes observations sur l'art de formuler, sur les incompatibilités chimiques et pharmaceutiques, sur la pharmacologie et la pharmacotechnie.

Nous signalerons l'apparition des médicaments nouveaux et dénoncerons, à l'occasion, les faux “ nouveaux médicaments”, préparations trompeuses sinon frauduleuses et dont il existe un certain nombre.

Nous donnerons des formules choisies et des résumés

tirés de la presse pharmaceutique. Enfin un miscellanée de bouts d'articles d'intérêt médico-pharmaceutique.

Nous répondrons aussi, dans la mesure de nos forces, aux questions que l'on voudra nous poser concernant les sujets de notre compétence. Ces questions devront être signées et adressées à J. E. W. Lecours, pharmacien, 370 rue Craig, Montréal.

Citrate de fer et de quinine. — Préparé suivant les indications de P. B., il contient 15 pour cent de quinine. Cette préparation est souvent falsifiée, et beaucoup d'échantillons ne donnent à l'analyse que peu ou point de quinine.

Incompatible. — Les alcalis et leurs carbonates, l'acide tannique et les astringents végétaux.

Citrate de fer ammoniacal. — Très soluble dans l'eau, mais l'alcool le précipite de sa solution aqueuse. (Éviter de l'associer avec des solutions riches en alcool.)

Modes d'administration. — En solution dans de l'eau, du vin ou de l'eau et du sirop ; le sirop de fleurs d'orange convient très bien.

Incompatibles. — Les acides minéraux, les alcalis et les astringents végétaux. S'associe bien avec les teintures de colombo et de quassia.

Étiquettes des remèdes brevetés, délivrés sur ordonnances de médecins. — Dans presque toutes les pharmacies, quand un remède breveté est prescrit par un médecin et que le médecin indique le mode d'emploi tout au long ou qu'il donne à entendre par une des formules d'usage, (Employer tel que prescrit, usage connu, etc.) qu'il a donné des instructions verbales sur l'emploi du remède, c'est l'habitude d'enlever toutes les étiquettes, imprimés et prospectus pour les remplacer par les instructions du médecin qui prescrit ; par là, enlevant au remède tout caractère de médicament spécialisé. Cette pratique a du bon ; en effet, beaucoup de médecins croient avec raison qu'elle empêche le public d'abuser des remèdes brevetés.

Bromoforme. — C'est un dérivé bromé du méthane. Liquide incolore très soluble dans l'alcool et dans l'éther, insoluble dans l'eau.

Souvent prescrit par gouttes, contre la coqueluche, à la dose de 3 gouttes en 24 heures aux enfants d'un an ; 5 gouttes en 24 heures aux enfants de 2 à 4 ans. 10 gouttes en 24 heures aux enfants de 4 à 8 ans. Doses progressives chez les enfants plus âgés.

Modes d'administration. — Éviter de donner le bromoforme dans des liquides aqueux, car étant insoluble et très dense, il se précipite au fond de la bouteille, d'où accidents possibles.

En faire une émulsion avec de la gomme, ou le prescrire en solution dans de l'alcool. Encore mieux, faire mesurer chaque dose séparément et la donner dans un peu d'eau.

Effets comparatifs de certaines substances sur l'homme et les animaux.

Les cantharides sont mangées impunément par le hérisson et non par l'homme et les autres animaux.

La vipère pique le hérisson sans danger pour celui-ci.

La jusquiame tue le cerf, les singes, les oiseaux, les rongeurs, les poissons, l'homme et non la vache, la chèvre, le mouton.

La belladone est tolérée par les rongeurs et non par l'homme.

Le tabac est toléré par la chèvre et non par l'homme.

La digitale est tolérée par les escargots et non par l'homme.

Le sucre est poison pour les grenouilles et vers intestinaux.

Les graines de ciguë sont mangées par la grive.

Les graines de datura sont mangées par le faisán.

L'aconit tue le loup, épargne les chevaux.

L'arsenic agit sur le loup comme purgatif, est presque sans effet sur les moutons, est inoffensif même à forte dose, à l'égard des éléphants. A difficilement raison de la vie des chiens.

Hellébore. Empoisonne l'homme ; engraisse les chèvres et les corneilles.

Aloës. A forte dose est poison pour les chiens et les renards.

Persil. Funeste aux oiseaux.

Poivre. Funeste au cochon.

Stramoine. Les faisans se nourrissent de grains de stramoine,

Jusquiame (racine). Les porcs s'en nourrissent sans ressentir aucun malaise.

La morue et l'huile de foie de morue, par J. ROUSSEL, pharmacien de 1ère classe, docteur en pharmacie.

La morue et l'huile de foie de morue, tel est le sujet de thèse choisie par M. Roussel pour le doctorat de l'université de Paris.

On pourrait croire cette question trop vieille pour ne pas être épuisée ; elle se trouve rajeunie par le travail de notre confrère dont les conceptions pharmacodynamiques sur les agents actifs de l'huile de foie de morue font envisager le vieux remède sous un jour tout à fait nouveau.

Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de donner ici la conclusion de l'auteur.

L'huile, dans le foie de la morue, n'est pas le résultat pathologique d'une dégénérescence graisseuse, mais le produit d'un travail physiologique provoqué par une alimentation surabondante.

Elle est, à proprement parler, un extrait d'organe, un des plus anciens remèdes opothérapiques. A ce titre, elle doit être considérée comme un élément vivant, doué d'un principe auquel il faut attribuer, au même degré

qu'à la nature et à la disposition moléculaire de ses composants, son incomparable valeur thérapeutique....

Les alcaloïdes ne préexistent pas dans le foie de la morue ; ils naissent au cours d'une préparation que nous jugeons défectueuse. Nous sommes convaincus de l'inutilité et même de la toxicité de ces alcaloïdes, dont l'action est douteuse, lorsqu'elle n'est pas contraire au bénéfice demandé à la médication par l'huile de foie de morue.....

Pour toute épuration, nous n'admettons que la filtration à basse température, faisant toutefois une réserve sur la valeur inconnue des matières précipitées par le froid.

Quant à vouloir remplacer l'huile de foie de morue par un extrait ou les alcaloïdes de la fermentation des foies, lui substituer les plus ingénieux mélanges, chercher à la travailler ou à la compléter pour faciliter son absorption ou augmenter sa puissance, c'est à notre avis une prétention illogique et injustifiable, étant donné l'état actuel de nos connaissances sur ce point.

Les considérations développées dans cette étude nous conduisent donc à proscrire de la consommation médicale toute huile autre que les huiles natives.

(L'Union pharm.)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE PITYRIARIQUE FURFURACÉE SÉBORRÉIQUE.

MM. PUECH et FROMAGET (de Bordeaux).

Employer des lotions chaudes, matin et soir, à l'acide borique, 4 p. 100 ou mieux au sublimé au 2000e ou au 1000e.

Après la lotion du soir, faite de préférence au moment du coucher, graisser les bords des paupières avec une des nombreuses pommades à base d'hydrargyre :

Calomel.....	15 grains.
Vaseline.....	5 drachmes.
ou :	
Précipité rouge.....	½ grains.
Vaseline.....	2½ drachmes.
ou :	
Sublimé.....	½ grains.
Glycérine.....	5 drachmes.
ou :	
Lanoline.....	} àà 2½ drachmes
Vaseline.....	
Soufre précipité.....	15 grains.
Acide salicylique....	} àà 1½ grains.
Résorcine.....	

(Brun-Morax).

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Travaux Originaux

DU PÉRITONISME (1)

Clinique de M. le prof. RENDU.

Il s'agit aujourd'hui d'une jeune fille au n° 27 de la salle Moneret. Jeune fille un peu anémique, faible, chez qui une guérison aussi rapide qu'inattendue s'est opérée. Cette jeune fille avait des troubles gastro-intestinaux, une dyspepsie légère.

A son entrée le 13 février, elle présente les apparences d'une péritonite aiguë généralisée tellement grave que je ne la croyais pas capable de supporter une intervention chirurgicale. L'état de gravité dans laquelle elle se trouvait, l'empêchait de parler et de fournir les renseignements propres à jeter de la lumière sur ses antécédents et les débuts de sa maladie actuelle. Tout ce que nous avons pu savoir, c'est qu'elle avait été prise subitement de douleurs dans la fosse iliaque droite avec vomissements d'abord muqueux et ensuite bilieux, elle a de plus du hoquet. Ses yeux sont creux, mais clairs, sa peau bistrée, nez pincé, lèvres violettes, ongles cyanosés, langue sèche, pouls petit, assez lent (chose qui n'entre pas tout à fait dans le tableau clinique habituel de la péritonite).

Du côté du ventre on trouve un léger ballonnement mais ce qui domine c'est la sensibilité exquise partout, surtout prédominant dans le flanc droit. La région épigastrique du côté de l'estomac est peu douloureuse. Grande difficulté pour examiner les parties profondes du bassin, cependant avec certains ménagements et beaucoup de douceur on examine assez pour bien se persuader qu'il n'y a pas de tumeur, de masse du côté du bassin ni dans les intestins.

Ces différents symptômes nous font porter le diagnostic, le lendemain de son entrée, de *péritonite grave, avec réserve.*

Cette fille présente une grande excitation et agitation avec alternatives de somnolence.

Elle ne présente pas de dyspnée considérable comme on en voit au cours des maladies péritonéales. Temp. 36.5, matin 37°.

Tout ceci me conduit à penser qu'au lieu de dire *péritonite*, je devrais plutôt dire *péritonisme*, mot créé par Gubler qui avait remarqué que chaque fois que le

système splanchnique subit l'influence d'une inhibition ou d'un réflexe quelconque, il détermine l'ensemble des symptômes que nous donne le tableau à peu près clinique d'une vraie péritonite.

Plusieurs points ne sont pas en accord avec la vraie péritonite, c'est pourquoi le diagnostic ci-dessus, avec réserve cependant, a été posé.

Repassons un peu les différents symptômes qui ne cadrent pas avec ceux de la vraie péritonite.

Ce qui me frappait en effet, c'était le début relativement long avant l'apparition des accidents : huit jours s'étaient déjà écoulés et pas encore de collapse. Tandis que dans la péritonite aiguë déclarée, il est rare de ne pas voir une décadence rapide de l'organisme ; on se trouve en face d'un véritable moribond avant le huitième jour. Cette malade n'était pas météorisée ou à peine. Ceci est rare dans une vraie péritonite datant déjà de huit jours.

Le pouls n'était pas celui de la péritonite, filiforme très petit, incomptable. Malgré le hoquet on ne constatait pas de symptômes dangereux du côté du thorax.

De plus, je vous ai dit que cette malade était agitée. Or l'agitation ou la jactitation n'est presque jamais un signe d'une vraie péritonite, car la moindre agitation détermine une douleur exquise et on trouve le malade dans une véritable immobilité.

Ordinairement une péritonite aiguë s'accompagne de température et notre malade, même au bout de huit jours, n'a pas présenté de température, à peine un peu d'abaissement de température.

Cette malade n'avait pas moins le facies de la péritonite.

Mais il existe des cas de péritonite, même suppurée qui ne donnent pas de fièvre. On rencontre surtout ces cas dans les suppurations du petit bassin, dans la fièvre puerpérale, quand l'élément septique prédomine.

D'autre part dans des cas de péritonite incontestable, même de perforation, le pouls peut conserver sa régularité ordinaire, sa tonalité, sans modification, sans manifestation de fièvre, avec douleur médiocre et sans tympanisme appréciable. Ces cas peuvent même se terminer par la mort.

La jactitation est rare dans la péritonite, mais peut se voir au début, quand les douleurs ne sont pas encore bien grandes.

Néanmoins il était rationnel de penser à la péritonite et d'en rechercher les causes.

(1) Notes recueillies à l'hôpital Necker, Paris, par M. le Dr W. J. Derome.

A son âge, deux causes pouvaient être en jeu. La péritonite par lésions utérines, ou de l'intestin.

Du côté de l'utérus, rien: col normal, non ramolli, pas de signes d'avortement, pas de sang dans le vagin, pas de signe de grossesse, pas d'empatement dans le cul-de-sac, pas de signes de salpingite, pas de possibilité de rupture de la trompe. Dans la péritonite d'origine utérine, la douleur commence dans la région du petit bassin, du côté des ovaires, des fosses iliaques, au niveau du pubis. Chez notre malade, le maximum de la douleur siège au niveau du flanc droit, autour de l'ombilic, sur la ligne de MacBurney, douleur d'appendicite. Pas d'ulcère d'estomac se terminant par perforation, rien dans l'histoire ne pouvait faire soupçonner quelque chose de semblable.

Par exclusion nous avons adopté le diagnostic de pérityphlite. Mais le point que nous avons réservé — la crise hystérique de péritonite. Ces cas ont été signalés. Nous avons ici de l'exagération des plaintes, de l'agitation, un pouls relativement bien bon, une température à peu près normale, pas de tympanisme ou peu.

Elle nous a dit depuis, qu'elle était très sensitive, et que la moindre contrariété lui donnait des troubles du côté de la digestion. Mais elle ne présente pas de signes d'hystérie, pas de points hystérogènes, pas d'anesthésie pharyngée, et nulle part pas d'hypéresthésie sensitive. Nous ne lui trouvons que la douleur abdominale.

Cependant il était à peu près certain que nous avions affaire à un terrain nerveux, mais rien ne pouvait nous faire penser à une hystérie. Cependant une injection hypodermique d'eau a suffi pour lui faire disparaître son hoquet: mais de là à conclure à une hystérie véritable, c'était chose difficile. Nous avons pour diagnostic ou plutôt nous étions en face d'une femme nerveuse avec péritonite réelle due à une lésion de l'appendice, dont les symptômes étaient exagérés par de la névrosité.

Traitement. — Glace, éther, lavement, morphine, etc.

La malade ne dort pas de la nuit, et présente une grande agitation, jusqu'à presque tomber de son lit. Les autres symptômes s'étaient aggravés. Le hoquet était devenu presque intense, vomissements continuels, yeux plus caves, ternes, pommettes des joues froides, lèvres froides, ongles violacés, ventre plus ballonné, plus douloureux, douleur remontant jusqu'à l'estomac. Le pouls devient plus petit. Tendance au collapse à la syncope.

L'interne croit qu'il ne faut pas livrer la malade au chirurgien, car pour lui les symptômes nerveux sont

prédominants. Moi je croyais qu'il ne le fallait pas, parcequ'il était trop tard. Cependant la malade avait eu une selle, ce qui ne se voit pas dans la péritonite vraie; elle a uriné bien, et n'avait pas d'albumine mais beaucoup d'indigo.

Tout opération en pleine évolution d'une appendicite avec perforation a été suivie de mort dans les 28 ou 36 heures après intervention, dans mes cas: mais une fois sur 30 ou 40 on peut en retirer un de la mort; donc on ne doit pas hésiter, mais donner au malade toutes les chances possibles.

Mais nous avons pensé lui faire une injection de sérum artificiel de 400 grs. (sel 7, eau 1000), pour la tonifier et la mettre en état peut-être de subir une opération: la relever.

Dès l'injection faite, plus de vomissements, elle urine et passe une nuit moins agitée. Le lendemain matin, sa voix n'était plus aussi cassée, ses yeux sont plus brillants, moins caves, son ventre moins douloureux et chose remarquable ses règles ont apparu durant la nuit. Depuis on a constaté un mieux progressif tous les jours jusqu'à aujourd'hui où elle est tout à fait convalescente, guérie. Mais hier elle a eu un vomissement à la suite d'une contrariété.

Donc, cette malade n'a eu que du péritonisme dû à une excitation du système nerveux splanchnique.

Le péritonisme peut être d'origine centrale, ou simplement arriver à la suite d'un réflexe v. g.: ovarien, tubaire ou choc moral intense, ou chute sur la tête (origine centrale).

Avons-nous affaire à une manifestation essentiellement due à l'hystérie. Ces cas sont rares, mais ils existent. On a vu et j'ai connaissance de crises de pseudo péritonisme survenues chez un médecin qui réclamait une intervention; le chirurgien constate des phénomènes nerveux et refuse l'opération. Plusieurs crises semblables se renouvellent sans emporter le malade qui meurt d'une maladie intercurrente. L'autopsie est faite sur sa demande, et l'on trouve un appendice parfaitement sain.

Mais chez notre malade je ne crois pas qu'il en soit ainsi. Je crois qu'il y a eu chez elle une véritable (crise) colique appendiculaire. La douleur au point de MacBurney était bien marquée, au début et durant toute l'évolution de la maladie et même maintenant que la convalescence marche à grands pas vers la guérison, on trouve encore à cet endroit un peu de douleur.

Cette enfant de plus a toujours été constipée depuis

son enfance. Cette constipation a eu des alternatives de diarrhée qui survenaient sans causes capables de les expliquer. Ces alternatives sont souvent une cause provocatrice d'appendicite. Donc nous avons dû penser à l'appendicite ; à une véritable colique appendiculaire. L'appendice aurait été distendue soit par une collection séreuse ou autre— d'après la théorie Dieulafoy. — Cette collection produirait des coliques et des phénomènes de péritonisme. Il se fait de l'irritation, une véritable folliculite qui amène des étranglements de l'appendice et de là du péritonisme avec peut-être une ulcération qui se prépare. (Cas de péritonisme se repète, dans mon service, à la 3e crise opération : appendice grosse, tuméfiée, avec rétrécissement ; depuis opération plus de péritonisme, plus de crises). Quand on est en présence de ces cas, on ne sait ce qui se passe : folliculite, péritonite, etc ?

Faut-il maintenant que notre malade est convalescente, ouvrir le ventre et la débarrasser de son appendice. Ce serait peut-être radical, car on n'est pas très certain sur la nature de sa lésion appendiculaire. Et aussi elle peut guérir de sa lésion. J'estime qu'il ne faut pas l'opérer, il faut attendre plus tard, la suite jugera de la nécessité de l'intervention.

Je vous rappellerai un cas, celui d'une femme qui souffrait depuis l'âge de 18 ans de vomissements rebelles à tout traitement, jusqu'à l'âge de 45 ans, quand elle présente des accidents plus graves du côté de l'abdomen ; du péritonisme ; on l'opère et on trouve un appendice avec des traces d'inflammation ancienne, les anses intestinales sont prises ensemble et forment une masse à travers laquelle on réussit à retirer l'appendice et à la réséquer. L'opération est laborieuse mais elle réussit et depuis la malade, qui a parfaitement guéri, n'a pas vu ses vomissements réapparaître. On avait fait de l'hystérie avec ses vomissements ; faut avouer qu'elle présentait des points hystérogènes.

Cette opération aurait-elle pour but de faire cesser l'hystérie, (si l'origine n'en est pas centrale, mais nait d'une influence psychique particulière) ? Souvent nous avons vu le contraire se manifester, dans des oophorectomies ou autres opérations utérines entreprises dans ce but, nous avons vu les attaques être plus grandes, plus violentes.

Coq-à-l'âne médicaux.

Les rayons X et l'iodoforme. — Le professeur Sorot, dans une communication à l'Académie de médecine, signale le fait que l'iodoforme offre une grande opacité aux rayons X. Cette propriété est importante à connaître, car la présence de ce corps dans les plaies pourrait être cause d'erreur.

L'helminthiase et l'appendicite. — Metchnikoff fait, à l'Académie de médecine, une communication des plus intéressantes dont voici les conclusions pratiques :

1° Dans tous les cas suspects d'appendicite, pratiquer l'examen helminthologique des matières fécales.

2° Dans tous les cas où il y aura possibilité de le faire, appliquer le traitement vermifuge avec de la santonine contre les ascarides et du thymol contre le trichocéphale.

3° Défendre aux personnes atteintes d'appendicite de manger des légumes crus, des fraises, etc., et de boire de l'eau non bouillie ou non filtrée.

4° La proscription des aliments crus et des eaux impures constitue de même une excellente mesure prophylactique.

5° Examiner de temps en temps, surtout chez les enfants, les selles, et leur administrer des vermifuges.

Ces conclusions sont basées sur le fait que leur auteur a rapporté plusieurs cas bien probants d'appendicite dus à des vers intestinaux. Et il dit : " Je suis convaincu que l'application de ces prescriptions guérira un certain nombre d'appendicites, atténuera la gravité de certaines autres et diminuera la fréquence de cette maladie. (*Bull. Acad. méd.*)

A une jeune fille atteinte d'acné pudendi (A. Damas, fils) :—

A Flore elle a fait un larcin
C'est un parfum en miniature,
Elle a des roses dans la main
Et des boutons sur la figure.

(*J. de méd. de Paris.*)

La résorcine comme préservatif des solutions d'extrait de capsule surrénale (*The Laryngoscope*). — Le docteur Oppenheimer, de New-York, dit qu'une solution de capsule surrénale préparée avec de la résorcine se conserve très bien. Il ajoute à une solution aqueuse de résorcine, à 1 pour 100, une drachme d'extrait de capsule par once.

La matité dans l'appendicite. — Miller, dans le *Medical Record*, insiste sur la valeur de ce signe dans le diagnostic de cette maladie ; elle indiquerait qu'il y a du gonflement ou qu'il se forme du pus, et qu'il faut opérer.

Helminthiase intestinale et appendicite. — Le docteur Matignon avait déjà fait remarquer la grande fréquence de l'helminthiase en Chine ; il signale maintenant la rareté de l'appendicite chez les Chinois. Ces faits ne sont pas en contradiction avec ceux de Metchnikoff, cependant, car ce dernier admet que les helminthes agissent principalement en inoculant des microbes dans la muqueuse intestinale et l'on conçoit que, suivant la virulence des microbes, les vers produisent ou non l'appendicite. Il est possible que la flore microbienne intestinale de végétariens, tels que les Chinois, soit plus inoffensive que celle des Européens, surtout de ceux qui consomment beaucoup de viande. La rareté de l'appendicite chez les Chinois semble corroborer la théorie soutenue par Keen et Lucas-Championnière au sujet de l'influence prédisposante du régime carné dans l'étiologie de l'appendicite, car les Chinois se nourrissent principalement d'aliments appartenant au règne végétal, la viande étant un aliment de luxe que les gens aisés peuvent seuls se procurer. (*Bull. Acad. méd.*)

La hernie étranglée. — Zaguraky a obtenu la réduction spontanée de cinq cas de hernie étranglée, en administrant $\frac{1}{4}$ de grain d'extrait de belladone toutes les heures, et cela après l'ingestion de quatre à six doses et lorsque le taxis avait échoué. (*Ind. Lancet*)

Prédigéré. — L'épicier. — Oui, madame, ce Grino-Grano est le meilleur aliment qu'il y ait sur le marché. Il est prédigéré.

Madame Gastrophobe (avec un frisson convulsif) : Mon Dieu, par qui ? (*Med. Summary*)

Coliques des enfants. — (Illoyay.)

P. Lait d'asafoétida..... $\frac{1}{2}$ once.
Sirop de manne..... $2\frac{1}{2}$ drach.
Essen. d'anis..... $\frac{1}{2}$ —
Sirop de rhubarbe arom... 1 —

M. — Dose : Une cuillerée à thé. (*Phil. Med. J.*)

L'hermaphrodite (Paul d'Estrée). — Une nouvelle variante de cette histoire.

Dans un repas, où chacun bien dispos

A la gaité mêlait gauds propos,

Agnès, depuis trois jours du couvent échappée,
Du nom d'*hermaphrodite* eut l'oreille frappée.
— Que veut dire ce mot, dit elle à son voisin ?
Le voisin, aussi neuf, peut-être plus malin,
Répond qu'ainsi l'on nomme ou femme, ou demoi-
[selle,

Qui, ni laide, ni belle,

Est comme on dit, *entre les deux.*

A quelque temps de là, dans un cercle nombreux,
Un jeune fat, par aventure,
Sur ses attraits, sur sa figure,
Lui prodiguait maint compliment.

— Monsieur, répondit-elle, est par trop indulgent,
Moi belle !... hélas je n'ai point ce mérite,
Et tout au plus je suis *hermaphrodite.*

(*J. de méd. de Paris.*)

NIRE.

Revue analytique

Le prépuce. Que devons-nous en faire ?

Ce sujet est traité dans le *Medical Council*, par le docteur Macomber. Couper le prépuce ou ne pas le couper, dit-il, voici la question. C'est une ancienne coutume chez les Hébreux de pratiquer la circoncision chez tous les enfants mâles. Leur but en agissant ainsi ne doit être que d'obéir à une loi religieuse ; car il est probable que la mère hébreux n'a jamais pensé aux douleurs futures qu'elle exemptait à son enfant.

Beaucoup de médecins en vue de nos jours conseillent que la circoncision soit pratiquée chez tous les garçons. Ceci est incontestablement un bon conseil, spécialement pour les classes pauvres des grandes villes ; il le serait en général si nous n'avions pas d'autres moyens d'accomplir le même but.

Parmi ces autres moyens est comprise la rétraction du prépuce.

Cette rétraction devrait être pratiquée dans les premières semaines de la vie du nouveau-né, et être continuée ensuite tous les jours. On a soin en même temps de laver complètement le gland. Ceci prévient l'accumulation du smegma et les adhérences subséquentes.

Cette méthode est préférable parce que la nature nous a donné un prépuce, non pas dans le seul but de donner un foyer de culture au gonocoque et une cachette au smegma, mais encore pour protéger les délicates terminaisons nerveuses du gland. Pourquoi alors sacrifierions nous cette protection naturelle quand nous pouvons obtenir tout autant avec un moyen plus simple.

Nous devons rétracter le prépuce parce que, dans la

majorité des cas, tout enfant mâle a, à la naissance, un phimosis congénital avec plus ou moins d'adhérences.

Si ces conditions persistent, il en résulte en premier lieu qu'il se fait une accumulation de smegma, qui augmente en quantité et en dureté. Ceci irrite les filaments nerveux du gland et provoque de l'incontinence nocturne d'urine, de la masturbation, de l'eczéma, de l'épilepsie et beaucoup d'autres troubles réflexes.

Les avocats de la circoncision peuvent objecter que cette méthode de rétraction du prépuce ne fait pas bénéficier l'homme de plaisir, qui est fréquemment exposé à l'infection ; mais l'auteur leur répond que, si les mères et les gardes-malades font leur devoir et habituent l'enfant à se tenir propre, le danger ne sera pas plus grand qu'après la circoncision.

La rétraction du phimosis chez l'enfant doit être faite sans instrumentation. Le gland est doucement forcé par l'orifice préputial jusqu'à ce que la couronne soit exposée. Alors tout le smegma est enlevé, les parties nettoyées et ointes de vaseline, et le prépuce ramené à sa position normale. La même chose est répétée ensuite tous les jours. En peu de temps toute difficulté de procéder sera disparue, et il n'y aura plus de danger de production de phimosis.

RHEAUME.

Traitement des hernies chez l'enfant.

A. J. Ochsner, dans le *Journal of the American Medical Association*, dit que la production des hernies chez l'enfant est favorisée par un développement défectueux de la paroi abdominale. Les causes déterminantes sont : les distensions gazeuses, la difficulté de défécation, les obstructions au passage de l'urine, une toux violente et prolongée.

La grande majorité des ruptures chez l'enfant guériront spontanément si la pression abdominale qui les a provoquées disparaît et si le sac herniaire est vide.

Ceci peut être obtenu au moyen de bandages, ou plus rapidement dans la hernie inguinale ou fémorale, en mettant l'enfant au lit.

Le temps requis ne dépasse pas ordinairement six semaines.

Pendant que l'enfant est sous traitement, on doit prendre soin de prévenir la toux et la constipation.

L'opération est indiquée quand la hernie est étranglée, ou bien qu'il y a des adhérences qui empêchent de la réduire, ou encore dans les cas où la hernie ne peut pas être maintenue réduite au moyen de bandages.

Le décubitus dorsal, avec le pied du lit élevé, est de grande importance dans le traitement de la hernie de l'enfant, qu'on intervienne ou non chirurgicalement. Si l'enfant ne peut pas être tenu assez longtemps dans cette position, on doit appliquer un bon bandage.

RHEAUME.

Revue des journaux

MEDECINE

La discipline de la toux chez les tuberculeux.

par M. LALESQUE (d'Arcachon).

La plupart des tuberculeux prennent l'habitude de tousser par quintes, dès qu'ils sentent vers le larynx, la trachée ou la partie supérieure de la poitrine, le moindre chatouillement.

Lorsque l'irritation résulte de l'inflammation ou de la présence du tubercule, la toux n'aboutit pas, elle est sèche. Lorsqu'elle dépend de la présence des sécrétions, "le violent courant d'air expiratoire produit au travers de la glotte rétrécie, par les secousses de la toux, amène le rejet d'une expectoration : la toux est humide."

"La toux sèche est inutile presque sans but, sans résultat. La toux humide poursuit un but, atteint un résultat, elle est utile. D'où l'indication de supprimer la première, et de réduire au strict nécessaire, au minimum possible, la seconde."

Ainsi que l'a montré Sabourin, cette toux sèche ne fait qu'entretenir l'irritation : plus on toussait, plus on a envie de tousser.

M. Lalesque cite à ce propos la formule classique de Detweiler : "Quand vous avez une démangeaison en public vous ne vous grattez pas. Eh bien ! la toux sans crachats c'est le grattage de la gorge qui démange : ne vous grattez pas la gorge en public."

Au moment où le chatouillement laryngé se produit, "le malade fermera la bouche doucement, sans contraction, et par la voie nasale fera une série d'inspirations lentes, calmes, profondes, qui ne devront cesser qu'avec la sensation laryngée elle-même." Ainsi après un apprentissage de quelques jours le malade arrivera à supprimer la toux sèche, la toux inutile.

Pour la toux humide il y a encore un apprentissage à faire :

Le tuberculeux doit éviter de donner plusieurs coups de toux pour expulser un crachat. Il doit attendre que le crachat se détache tout seul et n'ait plus besoin que de deux ou mieux une secouasse pour être expulsé.

Grâce à cette discipline le malade ne toussait que pour cracher.

(*J. de méd. de Bordeaux. — Gaz. des hôp.*)

De la mort subite dans la pleurésie à épanchement moyen.

par M. RASCOL.

La pleurésie, même avec des épanchements moyens

peu abondants, peut se terminer par mort subite. M. Rascol en rapporte plusieurs exemples.

Pour lui, les causes de cette mort subite sont multiples : la thrombose ou l'embolie du cœur droit ou de l'artère pulmonaire, la myocardite scléreuse, la dégénérescence graisseuse, la syncope expliquée par acte réflexe et, comme occasion, le mouvement, l'effort.

Aux divers facteurs signalés s'en ajoute un de premier ordre : l'état général.

La thérapeutique, au cours de la pleurésie comme de toute maladie infectieuse susceptible de se terminer par mort subite, devra donc s'inspirer des diverses tares organiques présentées par le sujet, et pour le pronostic on devra également tenir un grand compte de l'état constitutionnel.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Des manifestations hépatiques de la grippe.

par M. DESPLATS (Soc. sc. méd. Lille).

Je désire appeler l'attention de mes confrères sur quelques faits cliniques récemment observés dans ma clientèle : il s'agit de plusieurs cas d'influenza qui ont pris la forme gastro-hépatique. Je vis le premier il y a quatre semaines : c'était un cas typique d'influenza avec courbature, céphalée intense, fièvre, etc... La maladie suivait son cours habituel, lorsqu'au 4^e jour, les urines prirent une coloration ictérique, les selles se décolorèrent; au bout de neuf jours, tout avait disparu et l'appétit était révenu.

La semaine suivante, j'observai un 2^e cas en tous points semblable : au 3^e jour d'une grippe, les urines devenaient très foncées, couleur acajou, la peau et la sclérotique étaient un peu colorées. Au 10^e jour, le malade entra franchement en convalescence; mais au bout de quelques jours, peut-être sous l'influence d'un écart de régime, rechûta avec phénomènes ictériques plus accusés encore.

Quelques jours après, une dame m'amène son enfant qui, lui aussi, présentait des signes d'influenza avec léger ictère. Deux autres de ses enfants avaient été malades exactement de la même façon.

Enfin, aujourd'hui même, j'ai été appelé en consultation pour un cas de grippe infectieuse qui s'est accompagnée de phénomènes hépatiques vraiment sérieux : douleurs dans la région de l'hypochondre droit, ictère, troubles digestifs.

Voilà donc, en très peu de temps, six cas de localisation hépatique de la grippe. Il me semble qu'il était intéressant de signaler cette véritable épidémie d'une forme spéciale de l'influenza.

(Indep. méd.)

CHIRURGIE

Seméiologie des tumeurs du foie.

par M. le Dr ED. SCHWARTZ (de Paris).

Quelle que soit la nature de la tumeur, les signes qui la révèlent sont presque toujours les mêmes et ces signes sont surtout des signes physiques. Il est en effet remarquable de constater combien le foie est tolérant ou combien l'organisme paraît rester silencieux, même avec des altérations déjà étendues de la glande hépatique. Il nous est arrivé plusieurs fois, et ces faits sont connus de tous, de voir des malades atteints d'énormes carcinomes du foie secondaires ou primitifs, de tumeurs variées, présenter au premier abord l'apparence d'une santé encore bonne. Les signes fonctionnels et généraux passent donc au second plan; c'est l'augmentation du volume du foie, la sensation d'une tumeur lui appartenant qui éveillent les soupçons et presque toujours ce sont des troubles de compression qui ouvrent la scène pathologique apparente.

Les troubles accusés par le patient varient suivant qu'il s'agit d'une tumeur bénigne ou d'une tumeur maligne.

La tumeur bénigne évolue lentement sans altérer en rien l'état général qui reste bon, tandis que l'amaigrissement rapide, la diminution des forces sont de règle quand il s'agit de tumeurs malignes, même lorsque la santé semble encore relativement satisfaisante.

Les tumeurs du foie quelles qu'elles soient peuvent donner lieu à des irradiations douloureuses; quand elles siègent dans le lobe droit et particulièrement sur la face convexe, on a signalé le point douloureux de l'épaule droite. Quand leur siège est le lobe gauche, c'est plutôt au niveau de l'épaule gauche qu'on trouverait la topalgie. Ce signe existe certainement, mais est très aléatoire; il indique une irritation des rameaux nerveux sous-diaphragmatiques qu'on rencontre aussi bien dans les abcès, les kystes hydatiques, la lithiase que dans les tumeurs proprement dites.

Outres les douleurs irradiées, le foie cancéreux donne lieu à une sensation de plénitude, de pesanteur, de douleur locale, soit dans l'hypochondre droit, soit dans la région épigastrique, sensation qui peut s'accroître sous l'influence de la pression de la palpation.

Les fonctions digestives sont généralement intactes, quand il s'agit de tumeurs bénignes, à moins de compression du côté des voies biliaires, de dispositions spéciales; dans les tumeurs malignes et en particulier le cancer, l'anorexie survient rapidement. D'après Gilbert et Surmont, les trois formes de cancer primitif offrent des troubles digestifs extrêmement prononcés et précoces. Il y a du dégoût des aliments, surtout de la viande, puis une anorexie absolue sur laquelle Hanot a bien insisté.

L'ictère n'existe pas constamment ; c'est presque toujours un ictère par compression et on le trouve moins rarement dans le cancer que dans tout autre néoplasme. Dans le cancer massif, il manque très souvent, la destruction des éléments sécréteurs étant très rapide ; dans le cancer nodulaire, il est assez fréquent par suite de la dissémination et de la multiplicité des noyaux cancéreux ; dans l'adéno-cancer avec cirrhose, il est habituel, assez précoce, et ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que son apparition est tardive.

Lorsqu'il y a destruction des cellules sécrétoires en masse, comme dans le cancer dit massif, non seulement il n'y a pas d'ictère, mais les matières décolorées et fétides indiquent de l'hypochole ; dans les derniers temps, il peut même exister une acholie vraie par destruction totale ou presque totale du parenchyme glandulaire.

L'ascite n'existe que dans les cas de tumeurs malignes. Elle manque toutefois dans le cancer primitif dit massif, tandis qu'elle apparaît assez rapidement dans les cas de cancers nodulaires et d'adéno-cancers. Elle peut masquer le volume et la consistance du foie, mais rarement elle atteint l'intensité des ascites symptomatiques des cirrhoses hépatiques.

A mesure que les lésions progressent, l'insuffisance hépatique et la cachexie s'installent de plus en plus. Sans insister ici sur un tableau clinique plutôt de mise dans un traité de pathologie interne, rappelons toutefois la coloration jaune paille, l'amaigrissement, la perte des forces. Lorsqu'une infection secondaire vient se greffer sur le néoplasme, la fièvre s'allume, on peut observer les signes d'une angiocholite infectieuse ou d'un abcès du foie. Routier et Quénu ont tous deux vu des cancers ramollis avec des cavités abcédées. La fièvre peut exister sans infection pyogène comme dans un cas cité par Giordano où un énorme myxosarcome avec fièvre fut pris pour un abcès du foie.

Les signes physiques sont, comme nous l'avons dit, les plus confirmatifs quand ils existent : l'augmentation de volume, le changement de consistance, de forme de la portion accessible à nos investigations cliniques, constituent les éléments essentiels.

L'inspection du ventre permet quelquefois de découvrir une saillie, une voussure, une asymétrie des deux côtés : pour cela il faut que la tumeur soit déjà volumineuse, les parois abdominales peu épaisses. De plus, les néoplasmes de la face inférieure de l'organe proéminent vers la cavité abdominale et n'apparaissent que très tardivement et quand leur volume est considérable.

La palpation méthodique permet, chez les sujets à parois moyennes, de délimiter assez facilement le foie le long de son bord tranchant et de sa face antérieure. Il faut avoir soin de bien vider la vessie et l'intestin pour éviter toute cause d'erreur. French (cité par Ahlenstiehl) relate un cas de soi-disant cancer du foie qui disparut par les purgatifs. On sent le foie qui déborde plus ou moins largement les fausses côtes ou une voussure plus

ou moins limitée qui suit les mouvements du foie pendant la respiration. Il existe un certain nombre de faits de grosses tumeurs du foie avec évolution abdominale qui ont, jusqu'au moment de l'opération, été prises pour des tumeurs ovariennes ou utérines. Telle l'observation rapportée par Segond, tels les faits cités par Witthauer, et cela par suite d'une sorte de pédiculisation de la tumeur la rattachant au bord ou à la face inférieure de la glande hépatique.

La consistance est révélée par la palpation qui nous montre une tumeur liquide, fluctuante ou solide, tantôt à surface lisse, ou bien bosselée, parsemée de nodosités.

Le foie peut être abaissé ; quand il s'agit de grosses tumeurs de sa face inférieure, il peut plonger jusque dans la fosse iliaque droite et l'hypogastre. Lorsque le développement morbide a lieu sur la face postéro-supérieure, c'est vers le thorax que le néoplasme marche, simulant dans certains faits un épanchement pleurétique qui peut d'ailleurs aussi l'accompagner.

La percussion méthodiquement pratiquée montre l'augmentation de la matité hépatique, la continuation de la matité de la tumeur avec celle du foie, tandis que dans les cas de tumeurs abdominales d'autres organes, il y a généralement une zone de sonorité entre elles et le foie. Pourtant ce signe n'est pas constant et dans un fait d'Eiselsberg, déjà cité, de tumeur du foie opérée, il y avait une zone de sonorité entre le néoplasme et la glande.

L'auscultation permet quelquefois de percevoir les frottements périhépatiques, signes de périhépatite ; combinée avec la percussion, elle nous montre le refoulement du diaphragme et du cul de-sac pleural vers le haut ou bien la présence d'un épanchement pleural par propagation des lésions à la plèvre.

(à suivre)

La suture des artères.

par M. V. VEAU.

L'auteur rapporte 15 observations de suture d'artères par différents opérateurs et il termine ainsi son travail :

Tels sont les faits. Ils montrent que la suture artérielle est possible et n'entraîne pas d'accidents.

Est-elle vraiment utile ? C'est ce que nous ne pouvons dire actuellement. La suture a sur la ligature l'avantage de conserver la lumière du vaisseau et par là de prévenir le sphacèle du membre. Or nous ne savons pas quelle sera la fréquence de ce sphacèle après ligature aseptique. Si la ligature de la carotide primitive par exemple conserve sa même mortalité [37 p. 100 d'après Vetere (de Naples), 1899], la suture de ce vaisseau sera absolument indiquée en cas de plaie. Mais d'un autre côté les expériences de Duplay et Lamy (1898) permet-

teint de penser que le sphacèle était dû à une thrombose. Or cette thrombose est toujours évitée si on opère aseptiquement.

L'avenir de la suture dépend de cette inconnue.

Comme indication je ne puis que me borner à indiquer les cas où la suture fut employée :

1° Dans les plaies chirurgicales des artères. C'est l'indication par excellence.

2° Dans les plaies traumatiques ; on fera une suture latérale si la plaie intéresse moins des deux tiers de la circonférence. Sinon on fera une suture circulaire par invagination.

3° Dans les anévrysmes artérioso-veineux ; on fera la suture de l'orifice artériel, de l'orifice veineux. Il faut s'attendre à rencontrer plus de difficultés sur cette dernière.

4° Szabanejew fit une artériotomie pour retirer un embolus. On ne peut qu'admirer un chirurgien aussi habile et osé, mais je crois que son exemple ne sera guère suivi.

5° Kummel fit la suture après résection du segment artériel envahi par un néoplasme. N'eût-il pas mieux valu ne rien entreprendre ?

Tel est l'état actuel de la suture artérielle.

Cette méthode se généralisera-t-elle ou restera-t-elle comme aujourd'hui une curiosité chirurgicale sans utilité ? Il est impossible de le prévoir actuellement. Mais il est bon que le chirurgien sache qu'il peut être plus hardi, qu'il peut tenter sur les artères ce qui réussit si bien sur les autres canaux.

(Gaz. des hôp.)

GYNECOLOGIE

Douglasites aiguës et chroniques.

par le Dr L. LÉON ARCHAMBAULT.

(Suite)

Cependant le diagnostic de la salpingite a quelquefois des difficultés très grandes et celui de la grossesse extra-utérine n'est pas des moindres. S'il s'agit d'une grossesse tubaire interstitielle, celle qui évolue dans la partie de la trompe qui touche l'utérus, on ne s'attendra pas à trouver des symptômes du côté du Douglas, et c'est du côté de l'utérus et de la région péri-utérine que devra se porter l'examen ; aussi dans une grossesse tubaire, ou tube abdominale, dans une grossesse ovarique, ou dans une grossesse abdominale, l'embarras du médecin sera souvent très grand.

Il y a bien des symptômes qui peuvent éclairer sur la lésion, les douleurs du ventre et des lombes, l'expulsion de la caduque, le ballottement fœtal, observé dans

une tumeur qui paraît ne pas faire partie de l'utérus, mais lui être accolée : il y a le ramollissement du col qui est moins accentué que dans une grossesse franche, et enfin des symptômes d'auscultation qui jettent un jour nouveau sur un diagnostic hésitant ; mais n'oublions pas que ces symptômes, pour la plupart, sont des symptômes de grossesse avancée qu'il est relativement facile de dépister.

Ce qui nous importe, c'est de faire un diagnostic au début, parce qu'il est d'un grand intérêt d'éviter la rupture du kyste fœtal, rupture qui est en général précoce (2^e ou 3^e mois) et qui peut entraîner des conséquences extrêmement graves (péritonite). Malheureusement, il est des cas où le kyste fœtal a contracté des adhérences dans la cavité abdominale, adhérences qui l'empêchent de tomber dans le cul de sac postérieur, et, alors, le diagnostic est d'autant plus compliqué.

C'est donc au début surtout qu'il est intéressant de faire le diagnostic, ce n'est évidemment pas au moment où les mouvements actifs du fœtus sont perçus. Ce n'est pas qu'à ce moment là, ce ne soit pas d'un intérêt très grand d'éviter une rupture, mais le palper donne des renseignements plus précis.

Nous éliminerons tout d'abord une tumeur salpingienne qui ne présente pas le syndrome de la grossesse, et qui s'accompagne d'une leucorrhée souvent à gonococques, est molle, très douloureuse au toucher ; — et pourtant ! c'est dans ce cas que l'erreur peut être commise, si le bruit du souffle utérin, les ballottements du fœtus plus tard, ne viennent pas aider au diagnostic. A plus forte raison est-il difficile de discerner une hémato-salpinx, cette variété de maladie de la trompe n'étant souvent qu'une grossesse ectopique qui se rompt.

Puis on pensera à une tumeur fibreuse ou fibrokystique, qui donne une sensation de dureté caractéristique, et n'augmente pas de volume aussi rapidement. Une hémato-cèle retro-utérine donne une sensation de fluctuation dans le Douglas, des phénomènes douloureux et des hémorrhagies ; elle se résorbe quelquefois assez rapidement, et c'est là un élément de diagnostic qui a son importance.

Quant à la *réversion de l'utérus gravide*, elle donne dans le cul de sac la sensation d'un corps dur, bombant dans le péritoine, faisant corps avec l'utérus, et séparé du col par un angle de flexion. Il importe de faire un diagnostic exact avant le quatrième mois, car, à cette époque, l'utérus peut se mettre en *enclavement*, et déterminer des phénomènes de compression, de péritonisme, phénomènes graves, si l'on ne fait pas la reposition de l'organe à temps.

Nous avons dit que l'hémato-cèle retro-utérine devait entrer en ligne de compte dans le diagnostic de la grossesse tubaire. C'est le contraire plutôt qu'il faudrait dire, car la fréquence de la première de ces deux affections est bien plus grande. Ce n'est d'ailleurs pas une maladie mais un symptôme, au même titre que l'hémop-

tysie, et il y a des hématoécèles comme il y a des crachements de sang.

Les unes ont pour point de départ le péritoine pelvien, par éclatement de ses veines ou de son plexus pampiniforme (Richet, Ollivier d'Angers) ou des vaisseaux de néo-formation qu'on trouve dans les fausses membranes des exsudats péritonitiques résorbés, — d'autres proviennent des veines du tissu conjonctif; — quelquefois c'est l'utérus qui en est la cause par la régurgitation qui se produit dans les trompes (Bernutz, Alp. Guérin), régurgitation qui se produit quand l'organe est trop gorgé de sang, dans une ménorrhagie, ou à la suite de la rupture d'un kyste fœtal, ou de l'hématométrie — d'autres fois c'est de la trompe que part l'hémorrhagie, par grossesse tubaire, par la salpingorhagie qui peut se produire dans une trompe malade (Pozzi) ou encore de l'ovaire par rupture d'une vésicule de Graaf, s'accompagnant d'une poussée congestive exagérée. — ou parce que la trompe, coiffant mal l'organe au moment de l'ovulation, laisse sourdre un peu de sang, (et cet épanchement de sang nous explique peut-être les douleurs atroces s'accompagnant d'une poussée de péritonisme qu'ont certaines femmes au moment de leurs règles), — quelquefois enfin l'hématocèle rétro-utérine se produit par la rupture d'un kyste liquide rétro-utérin.

Et alors, tout autour de ces causes se greffent d'autres causes occasionnelles, telles que des règles profuses, un exercice violent, des rapports sexuels pendant la période cataméniale, ou la présence de varices sous-péritonéales, une maladie ou une diathèse préexistante, tels que le purpura, le scorbut, l'hémophilie. C'est souvent à la suite d'adhérences anciennes qu'on les voit, ce qui a fait dire à Hoffmeier qu'on ne voit pas fréquemment l'hématocèle chez une femme saine.

Quoi qu'il en soit, on dit qu'il y a hématoécèle intrapéritonéale, quand l'hémorrhagie se produit dans le péritoine pelvien, et hématoécèle extrapéritonéale, quand elle se produit dans les feuillettes du ligament large.

Une douleur très vive et un état syncopal s'accompagnant de pouls filiforme, avec refroidissement des extrémités, prostration, "symptômes d'empoisonnement" tels sont les symptômes initiaux, qui, avec des vomissements, constituent le tableau de la péritonite. Si on interroge le cul-de-sac de Douglas, on le trouve bombé. La distention peut n'être pas plus grande que celle de l'ascite, mais elle peut former une tumeur du volume d'une boule de billard ou d'une tête d'enfant, plus ou moins fluctuante, molle au début — plus dure ensuite, alors que des caillots se sont formés — pour aboutir enfin à un noyau d'induration, alors que la résorption s'est faite. Quand le cul-de-sac est oblitéré au préalable, par une péritonite ancienne, l'épanchement se fait au dessus de l'utérus, et le doigt ne perçoit rien,

. Des symptômes de compression dans le voisinage

sont bien explicables : douleurs à la miction, difficultés d'aller à la selle. L'utérus est couché sur la symphyse pubienne, et souvent difficile à explorer.

Lorsque l'épanchement se produit dans le ligament large, on ne perçoit que peu de symptômes du côté du cul-de-sac de Douglas. L'examen fait reconnaître une collection faisant saillie autour de l'utérus.

Le diagnostic, basé sur le début brusque et dramatique, se fait en général avec assez de facilité. Le phlegmon péri-utérin succède à une genitalite ou a un accouchement, est uni latéral, moins volumineux, brusque comme début; — les kystes ovariens sont très lents comme évolution et sans grands troubles symptomatiques, — les fibrômes sont durs, bosselés, apyrétiques, sans retentissement grave; — la rétroflexion de l'utérus gravide a été étudiée plus haut: — la grossesse extra-utérine a une évolution plus lente, des symptômes de gravidité, et pourtant le diagnostic est difficile, en raison de ce fait qu'une hématoécèle est souvent la conséquence d'une grossesse ectopique. Il n'est pas jusqu'à la cellulite pelvienne et la péritonite avec enkystement dans la cavité de Douglas, qui ne laissent de mettre le clinicien dans l'embarras. Le toucher donne souvent des renseignements identiques et s'il n'y avait pas les antécédents (gonococcie) il serait quelquefois bien difficile de se prononcer.

Une fois formée, l'hématoécèle se résorbe (4 fois sur 5 d'après M. Voisin) dans un laps de temps qui varie de deux à dix mois; la résorption se fait mal quand il y a des caillots ou des adhérences anciennes. Dans certains cas elle peut être grave et on l'a vu causer la mort. La gravité du pronostic vient de la transformation de l'épanchement en pus, épanchement qui peut se frayer une voie par le vagin, l'intestin, la vessie (Ott), mais malheureusement aussi par le péritoine. Le pronostic peut être assombri par le retour, la répétition des accidents.

(L'Ind. méd.)

OBSTETRIQUE

La pneumonie pendant la grossesse.

par M. DUMANOFF (Th. Nancy).

M. Doumanoff admet que la pneumonie qui survient au cours de la grossesse n'atteint pas une gravité beaucoup plus grande pour la mère qu'en dehors de cet état. La statistique ne lui permet pas de considérer la pneumonie comme plus grave dans les derniers mois de la grossesse que dans les premiers, la mortalité étant à peu près égale dans les deux cas.

L'interruption de la grossesse est une conséquence fréquente de la pneumonie intercurrente.

Plus la grossesse est près de son terme, plus elle risque d'être interrompue.

La mère meurt rarement avant l'expulsion du fœtus.

L'expulsion prématurée du fœtus ne paraît pas aggraver la marche de la pneumonie, elle déterminerait, au contraire, souvent une amélioration dans l'état de la malade.

Le pronostic pour l'enfant est toujours très grave, surtout lorsque l'expulsion a lieu avant le 7^e mois de la grossesse ; après cette époque il peut survivre.

La pneumonie gravidique à marche ordinaire doit être traitée comme la pneumonie en général ; éviter tous les moyens énergiques qui peuvent provoquer des contractions utérines et, si le travail se déclare, tâcher de l'enrayer par tous les moyens possibles.

Dans les cas graves, lorsque l'enfant est vivant et viable et que tous les autres moyens ont échoué, on agirait sagement en provoquant l'accouchement artificiel.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Le bandage abdominal dans le travail de l'accouchement.

par COUTURIER (de Trouville)

La mauvaise direction de l'utérus dont l'axe correspond plus à celui de la partie supérieure du canal pelvien, est considérée par tous les accoucheurs comme une des causes les plus fréquentes de dystocie. La plus commune de ces déviations utérines est l'antéversion. Très accentuée, elle ne semble pas avoir attiré l'attention. Et, cependant, il n'est pas un accoucheur qui, voyant la dilatation du col et son effacement traîner en longueur, n'ait souhaité faire quelque chose pour hâter le travail retardé par un certain degré d'obliquité anormale du corps utérin.

C'est à cet inconvénient que remédie Mlle Vallée, ex-sage-femme en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen. Elle a imaginé de comprimer assez fortement l'abdomen de ses parturientes dans un bandage de toile. Mlle Vallée rapporte une série d'observations qui semblent démontrer que la durée des accouchements a été sensiblement réduite, toutes les fois qu'elle a eu l'occasion d'appliquer "sa bande de ventre," une grande serviette, pliée en deux, très serrée et fortement serrée.

Mlle Vallée résume les avantages de cette petite intervention : il n'y aurait jamais plus d'application de forceps, ni de version, puisque je n'ai pas mis la main à l'enfant, ni à l'intérieur, ni à l'extérieur. Mais ne point oublier les trois conditions : 1° appliquer la bande de ventre à la première douleur ; 2° situation horizontale ; 3° appliquer fortement les mains sur l'utérus lorsque la partie fœtale a franchi l'orifice utérin.

Cette dernière semble, à M. Couturier, d'une utilité

douteuse. Par contre, il lui semble important de commencer l'application et le serrage de la bande de bas en haut et d'avoir soin que sa partie supérieure ne vienne pas appuyer sur le fond utérin. Il ajoute qu'il ne faut pas être aussi généreux que Mlle Vallée dans la promesse des bénéfices annoncés aux accouchées, de l'application de cette bande de corps, dans les cas de présentation vicieuse.

En somme, jamais ce procédé ne saurait être nuisible, sauf dans les cas assez rares de rétroversion de l'utérus à terme ou dans celui de grossesse gémellaire où les fœtus, déjà à l'étroit dans la cavité utérine, ne doivent pas encore être soumis à une compression artificielle. Enfin, nous tenons à y revenir en y insistant, le nombre est grand des déviations utérines trop peu marquées pour causer de sérieuses inquiétudes aux accoucheurs, mais bien suffisantes pour retarder, d'une façon notable, la marche de l'accouchement ; dans ces cas, le bandage abdominal redresse l'utérus. Même dans les accouchements tout à fait normaux, il est encore avantageux, en fixant cet organe, en l'empêchant de basculer d'un côté ou de l'autre, — en le calant, pour ainsi dire, — en le maintenant sur la ligne médiane et dans une direction normale. C'est pourquoi les conclusions de l'honorable sage-femme de Caen semblent dignes d'attirer l'attention de tous les praticiens. Abréger la durée d'un accouchement sans aucun danger pour l'accouchée, n'est ce pas l'idéal pour celle-ci..., et pour son accoucheur.

(J. de méd. de Paris.)

La procidence et le procubitus du cordon ombilical.

par M. PERROSSIER. (Thèse de Paris.)

M. Perrossier a rencontré une fois la procidence du cordon sur 159 accouchements. Bien des causes peuvent produire cette procidence : elles proviennent toutes d'un défaut d'accommodation pelvienne au cours du travail. Parmi les principales, il faut noter, du côté du canal utéro-pelvien, l'insertion vicieuse du placenta (1 fois sur 5), les rétrécissements du bassin (1 fois sur 4,5) et le fibrome de l'utérus : du côté de l'utérus, la grande multiparité, les malformations ; du côté de l'œuf, l'hydramnios, la longueur du cordon ; enfin on la rencontre fréquemment dans les cas de fœtus trop gros ou trop petit, et dans les présentations vicieuses (en particulier siège et épaule.)

La procidence résulte de la rupture brusque des membranes ou de tentatives opératoires au cours du travail.

On peut soupçonner la procidence, d'après les modifications du cœur fœtal et d'après l'écoulement du méconium. La constatation par le toucher ou la vue permet seule de l'affirmer. Sans gravité pour la mère, la procidence est un accident très sérieux pour le fœtus : il suc-

combe (1 fois sur 2,7) soit par défaut d'hématose due à la compression du cordon, soit par broncho-pneumonie causée par les inspirations prématurées dans l'utérus et l'introduction de germes septiques dans les voies aériennes.

Il faut tenter de prévenir la procidence, en pratiquant la version par manœuvres externes dans tous les cas de présentations vicieuses, et en rompant la poche des eaux avec précaution de façon à éviter l'issue brusque du liquide amniotique. Le traitement par excellence est la rétropulsion manuelle. Si elle est impossible, il faut extraire l'enfant le plus rapidement possible.

A côté de la procidence il faut signaler le procubitus, qui est la chute d'une anse du cordon sur les côtés de la présentation. Il reconnaît les mêmes causes que la procidence. Les signes de procubitus sont aussi les mêmes que ceux de la procidence, mais le diagnostic en est beaucoup plus difficile, et le plus souvent il n'est fait qu'au moment du dégagement de la tête. La mortalité fœtale est très élevée (1 sur 3,3). Le traitement consiste aussi dans la rétropulsion et la terminaison artificielle rapide de l'accouchement.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

PEDIATRIE

La péritonite à pneumocoques chez l'enfant.

par M. MICHAUT.

M. C. Michaut a pu relever 33 cas d'infection péritonéale pneumococcique chez des enfants de 2 à 15 ans.

La pneumococcie péritonéale se rencontre dans le sexe féminin avec une fréquence telle (27 filles, 6 garçons), que ce sexe constitue un élément de diagnostic important. Elle présente son maximum de fréquence de 2 à 5 ans (15 cas), est encore très fréquente de 5 à 10 ans (12 cas), et devient beaucoup plus rare de 10 à 15 ans (6 cas).

Au point de vue anatomique, tantôt les lésions sont bien circonscrites, limitées à une partie de la séreuse : l'intestin est exclu du foyer suppuré, c'est la modalité enkystée ; tantôt les lésions sont réparties sur toute l'étendue du péritoine, l'intestin baigne dans le liquide septique : c'est la modalité généralisée, considérée comme exceptionnelle chez l'enfant et avec laquelle il faut désormais compter puisque sur 33 observations, 22 concernent des formes enkystées et 11 des formes généralisées.

L'infection du péritoine est : soit primitive, sans foyer pneumococcique préalable en un autre point de l'organisme. Cette localisation primitive du pneumocoque est la plus fréquente (27 obs.) ; — soit secondaire, survenant au cours ou à la suite d'une autre localisation pneumococcique ; le foyer primitif est le plus souvent le poumon (5 obs.), plus rarement la gorge (1 obs.).

Ce qui domine toute l'histoire clinique de la péritonite à pneumocoques, c'est l'enkystement ou non de l'infection. Sa forme enkystée est un type clinique bien spécial, qui permet de diagnostiquer presque à coup sûr l'agent pathogène : mais sa forme généralisée n'a rien qui la distingue cliniquement des péritonites déterminées par les autres agents infectieux.

Son traitement est la laparotomie, faite en temps opportun, c'est-à-dire dès qu'on a constaté l'existence d'une collection péritonéale, et suivie de drainage.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Onctions à l'ichtyol dans la scarlatine.

Le docteur Seifert, professeur à la New York Poly-clinic, conseille de faire aux enfants atteints de scarlatine des onctions avec une pommade de 5 à 10 parties d'ichtyol pour 100 de lanoline. Ces onctions sont répétées toutes les 6 à 12 heures ; la quantité de lanoline ichtyolée employée pour chacune d'elle est de 30 à 90 grammes suivant la taille du petit malade. Il faut frictionner pendant près d'une demi heure jusqu'à ce que la peau devienne presque sèche et qu'il y ait absorption à peu près complète de la lanoline ichtyolée.

Ces onctions ont pour effet de combattre les phénomènes fluxionnaires du côté de la peau. Elles diminuent rapidement le gonflement cutané ; elles calment le prurit, la fièvre, l'agitation ; elles améliorent le sommeil, et empêchent la production des crevasses et des infiltrations phlegmoneuses.

On a remarqué qu'après leur emploi la désquamation semblait moins forte et durait moins longtemps.

(Semaine méd. — Lyon méd.)

Maladie de Barlow.

Dans cette observation que communique M. Variot, (Soc. méd. hôp.) et qui concerne un enfant de sept mois alimenté au lait maternel depuis l'âge de deux mois, il semble à l'auteur que l'usage de ce lait a joué le rôle de cause efficiente.

M. Variot termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° Il est douteux que le type morbide décrit par Barlow comme scorbut infantile doive être rapproché du scorbut des adultes. Il est vraisemblable, comme l'admet M. Ausset qu'il s'agit d'un rachitisme hémorrhagique ;

2° Le rachitisme hémorrhagique reste en France une maladie exceptionnelle ; un très petit nombre de faits ont été publiés depuis la communication de M. Natter, et cependant le nombre des enfants qui reçoivent du lait stérilisé est très grand ;

3° Il est à craindre que les manipulations, les modi-

fications du lait de prédisposent à cette affection ; le lait maternel semble être plus souvent en cause que le lait pur ;

4° La maladie, malgré ses allures bruyantes, ne paraît pas extrêmement grave. Il est peu probable qu'elle soit méconnue, à cause de l'intensité des douleurs et du gonflement. Le changement de lait et de régime alimentaire est rapidement curatif.

(Lyon méd.)

FORMULAIRE

VIN CRÉOSOTÉ COMPOSÉ.

(FRAENKEL.)

Créosote	3 drachmes.
Tincture de gentiane....	1 once.
Alcool.....	8 —
Vin de Xérès...q. s. pour	32 —

2 à 3 cuillerées à bouche par jour.

S'emploie au début de la tuberculisation pulmonaire, quand la température ne dépasse pas 38°,5.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

La femme sans estomac.

Est-ce que, vraiment, on peut vivre sans estomac, manger et boire sans estomac ? De prime abord, il ne semble pas que ce soit possible, et pourtant cela est. Il suffit, pour comprendre qu'il puisse en être ainsi, de se rappeler que la digestion ne se fait pas exclusivement dans l'estomac, mais qu'elle se complète dans l'intestin. A la rigueur, les glandes digestives intestinales peuvent se substituer à l'estomac et faire sa besogne. La question est de savoir si elles ne se fatigueront pas vite de l'excès de travail qu'on leur impose. Quoi qu'il en soit, il existe, en ce moment à Strasbourg, une brave femme qui mange et digère sans estomac, et qui, plus est, gagne du poids.

Il y a quelques mois, M. Boekel, de Strasbourg reçut dans son service une femme de trente-huit ans qui souffrait, depuis deux ans, de troubles gastriques. Le médecin reconnu, à la palpation, l'existence d'une tumeur très mobile, de la grosseur d'une pomme, au-dessus de l'ombilic. Diagnostic : cancer de l'estomac. La gastrectomie fut décidée. On ouvrit le ventre, et, délicatement on attira l'estomac hors de la plaie et on remit les choses en place. L'opération dura une heure et demie. La plaie guérit ; la malade se rétablit complètement en quelques jours, et, guérie, elle quitta l'hôpital trois semaines plus tard, sans estomac.

On la pourrit, après l'opération, avec beaucoup de précaution : repas très légers, mais répétés. L'améliora-

tion de l'état général se traduisit par une augmentation de poids de 20 livres, indice certain d'une assimilation parfaite et régulière.

M. J. Boekel a, naturellement, tiré de cette observation intéressante les conclusions suivantes : " L'ablation totale de l'estomac est non seulement compatible avec l'existence, mais encore elle produit une amélioration notable ; " il ajoute même que le procédé " est si simple que, en dehors des tumeurs malignes, du cancer, on pourra l'appliquer utilement dans un certain nombre d'affections gastriques graves."

Ces affirmations sont vraiment très encourageantes ; mais, cependant, il ne faudrait pas encore trop chanter victoire. Pour un peu, on serait tenté de dire à ceux qui ont les digestions difficiles et qui perdent patience : — Ne vous découragez pas : votre estomac vous gêne ! Qu'à cela ne tienne : divorcez, quittez-le. C'est facile, et ce sera une séparation qui vous sera propice ; vous ne souffrirez plus.

Et, déjà, beaucoup de malades se demandent, en effet, après le succès de Strasbourg, s'il ne vaudrait pas mieux en finir, une fois pour toutes, avec leur estomac recalcitrant. Cet enthousiasme maladif est un peu exagéré, et l'on aurait tort de conclure trop vite que la gastrectomie partielle ou totale peut n'avoir aucune suite grave.

Il y a des précédents à l'opération de Strasbourg. L'ablation totale de l'estomac fut pratiquée pour la première fois, en 1897, par Schlatter, de Zurich ; une seconde fois, en 1898, par Brigham, de San-Francisco ; une troisième fois, par Richardson, de Boston ; et toujours avec succès. Cela signifie, en langage chirurgical, que l'opération a réussi et que le patient est revenu à la santé. Mais la guérison est-elle absolue et le malade sauvé ? On répond : oui. C'est sur ce point que nous n'osons nous prononcer. A Zurich, en 1897, la malade avait un cancer stomacal. M. Schlatter le lui enleva. Elle se rétablit, reprit des forces et gagna un bon poids. Et chacun de dire, comme aujourd'hui :

— Décidément, on peut très bien se porter sans estomac.

Au bout de six mois, tout allait bien encore ; mais, après le douzième mois, si j'ai bonne mémoire, la patiente s'alita et mourut. Elle a pu mourir de tout autre chose que de la privation de son estomac ; mais, enfin elle est morte. Ce n'est pas un argument contre l'opération. C'est simplement une réserve prudente que nous faisons.

Je le répète : il faudrait savoir si les glandes intestinales, pancréas, foie, etc., surmenées par un travail excessif pour lequel elles ne sont pas préparées, ne refuseront pas, à la longue, de suppléer les fonctions stomacales. On peut, sans doute, digérer sans estomac de longs mois ; mais peut-on digérer ainsi des années ? Le cas nouveau de M. Boekel nous renseignera, à cet égard dans une certaine mesure.

HENRI DE PARVILLE.

Travaux Originaux

VARICOCELE.

par M. le Dr HENRI LASNIER.

Les auteurs définissent le varicocèle une dilatation des veines du cordon. Nous devrions plutôt dire des vaisseaux du cordon, car les artères aussi sont quelquefois dilatées.

Le varicocèle peut être causé par la présence de tumeurs du voisinage, c'est un varicocèle secondaire. Nous laissons de côté cette variété pour ne parler que du varicocèle primitif ou idiopathique, qui présente un intérêt plus pratique à cause de sa fréquence.

Les statistiques de cette affection nous donnent le chiffre de 1 pour 1000, d'autres 1 pour 3000.

Nous ne parlons ici que du varicocèle gênant, de celui pour lequel les patients viennent nous consulter. Il est bien plus fréquent que ça si on rentre dans ce tableau toute dilatation variqueuse avec ou sans douleur.

C'est une affection qui se développe généralement dans la période de vie sexuelle. L'hérédité joue souvent un rôle, quand on se donne la peine de faire une petite enquête, on découvre que le père, des frères, des cousins, sont aussi porteurs de varicocèle.

Facteurs invoqués comme causes déterminantes. — Toutes les causes de compression. 1° Réflexion des veines sur le canal inguinal, veines étranglées sur le canal inguinal, a-t-on dit. Mais si à l'autopsie ou pendant l'opération d'un porteur de varicocèle, on recherche cette disposition anatomique, on voit que ce prétendu étranglement est absent : c'est ce qui faisait dire à monsieur Tuffier, en parlant de cette interprétation "jamais de la vie."

2° On a incriminé l'effort, une façon de s'asseoir en inclinant le corps à gauche qui gênerait la circulation, surtout chez les personnes très grasses à parois abdominales épaisses.

3° Enfin on a dit : le varicocèle se trouve plus souvent à gauche, parce que de ce côté la circulation est plus difficile, la stase veineuse est plus fréquente, parce que les veines spermaticques se jettent à angle droit dans la veine rénale tandis qu'à droite, elles se jettent dans la veine cave avec un courant parallèle.

" Si l'on considère, dit M. Tillaux, que la veine spermaticque gauche rencontre le courant veineux de la

" veine rénale sous un angle droit, tandis qu'à droite le courant se fait dans le même sens que celui de la veine cave inférieure, on comprendra pourquoi la dilatation variqueuse des veines spermaticques est beaucoup plus fréquente à gauche qu'à droite." (Traité d'anatomie path. p. 853-54).

Avec cela le corps travaillerait plus à gauche qu'à droite.

Il y a un fait en pathologie clinique qui est bien reconnu aujourd'hui, c'est que le varicocèle se développe aussi sous l'effet d'un traumatisme.

Il arrive assez souvent qu'un malade vous dise que c'est après avoir reçu un coup, avoir fait une chute sur les testicules qu'il a vu apparaître ce développement des veines.

Anatomie pathologique. — A la dissection ou au cours de l'opération nous trouvons des lésions dans les veines, les artères et le testicule.

Veines. — Elles sont non seulement dilatées, mais de plus allongées et épaissies. Il n'y a cependant pas d'inflammation : les veines restent souples.

On se demande : " Mais quel groupe de veines est dilaté ? "

La question est intéressante car c'est celui là qu'il faudra réséquer au cours de l'opération du varicocèle.

Dans ce moment nous vivons sur le plexus postérieur. Il peut y avoir des exceptions ; mais c'est ce qui semble le plus près de la vérité.

Variétés. — On trouve quelquefois des varices sans allongement, avec simple dilatation. D'autres fois les veines ont des sinuosités qui donnent la sensation d'un paquet de vers, ou d'intestins de poulets.

Dans d'autres cas, les veines sont extraordinairement allongées, le testicule tombe presque au milieu des ongles en distendant le scrotum.

Du côté du testicule on remarque dans la plupart des variétés, une atrophie assez marquée.

On se rappelle que l'albuginée, c'est-à-dire l'enveloppe immédiate du testicule, renferme un réseau sanguin assez riche. Si on injecte ces veines, si on supprime la circulation dans cette tunique, comme c'est le cas dans le varicocèle, le testicule s'atrophie et cette atrophie aboutit à l'aspermie.

Voyons ce qui se passe aussi du côté des autres organes. Les porteurs de varicocèle sont ordinairement des hémorroïdaires, les veines du rectum sont dilatées elles aussi.

Quelquefois on trouve des varices de la peau du

scrotum et de la paroi abdominale ; les veines du membre inférieur gauche, si on les compare avec celles de son congénère droit, sont plus visibles. Très souvent une pointe de hernie complète le tableau.

Evolution du varicocèle. — Lorsque le malade est couché le varicocèle se réduit très facilement et la douleur disparaît si elle existait. Il est bien rare que le porteur d'un varicocèle ait des douleurs la nuit, lorsqu'il est couché.

Les veines peuvent être le siège de dépôts calcaires, qui sous un choc, une pression quelconque, se brisent et donnent lieu à d'énormes hématomes du cordon.

Le varicocèle débute quelquefois d'une façon aiguë, c'est-à-dire que d'emblée les veines se dilatent et deviennent douloureuses : mais plus habituellement la marche est lente et progressive, et c'est après un temps plus ou moins long que le varicocèle devient douloureux.

Symptômes. — La douleur n'est pas proportionnée au degré de dilatation des veines. Les petits varicocèles font quelquefois plus souffrir que les gros.

Les malades se plaignent en même temps de douleur dans les lombes.

Dans la station debout il y a exacerbation des douleurs. Douleurs exagérées encore quand les patients vont à cheval. Mais le soir, lorsqu'ils se couchent, toute douleur disparaît comme par enchantement.

C'est que le décubitus facilite la circulation dans les veines du cordon, que celles-ci se vident dans la grande circulation.

Il est très fréquent de rencontrer le varicocèle douloureux chez les neurasthéniques, et c'est dans cette classe de malades surtout que l'affection atteint toute sa gravité, parcequ'elle occasionne chez eux des troubles psychopathes de l'appareil génital, qui mènent à l'hypochondrie quelquefois, car ces troubles réagissent sur le cerveau comme tous les actes génésiques chez des gens un peu dégénérés.

Nous avons déjà donné les variétés au sujet de l'anatomie pathologique, qu'il nous soit permis de nous répéter, repassant les symptômes.

Une première variété, est celle où il n'y a pas allongement du scrotum, ou bien que les veines soient dilatées, le testicule ne descend pas plus bas pour tout cela.

Deuxième variété : Le scrotum est allongé sous le poids des veines dilatées et le testicule descend très bas.

Dans la position horizontale, les unes se réduisent, les autres restent comme étranglées, en un endroit qu'on ne peut nettement désigner.

Donc pour reconnaître ces cas, examinez le malade debout et cherchez à réduire en pressant sur ce paquet de vers. Vous n'obtiendrez pas de résultat. Mais faites coucher le malade quelque temps et venez ensuite faire votre examen, vous ne trouvez presque plus rien. Il ne reste qu'une masse molle dans laquelle vous ne distinguez plus les vaisseaux qui sont vides.

Faut-il traiter tout varicocèle ?

Non, car le varicocèle indolore n'est pas une maladie, ce n'est que l'expression d'un état général. Nous avons tous là des veines plus ou moins dilatées. Les mêmes organes passent tous par les mêmes trous, avec quelques variantes de conformation.

S'il fallait opérer toute dilatation variqueuse des veines du cordon, ils seraient assez rares ceux qui échapperaient à l'opération. Ce serait à croire que nous avons tous été bien mal fait.

Donc le varicocèle, je le répète, n'est pas une maladie, à proprement parler.

Ce n'est une maladie que chez ceux qui en souffrent et il ne faut ordinairement intervenir que chez les neurasthéniques.

Marche. — Peut être stationnaire bien longtemps, indéfiniment, ou bien graduellement il va venir douloureux et très gros.

Accidents. — Les veines peuvent se rompre et causer des épanchements énormes, nous l'avons déjà dit. Puis, la clinique nous le montre : si un porteur de varicocèle a le malheur de faire une orchite, une epididymite, c'est de ce côté qu'il l'aura, l'exposant à faire des phlébites. En tous cas, toujours plus douloureux sera son orchite, grâce à cette particularité.

Diagnostic. — Il est à faire quelquefois d'avec une épiplocèle.

Dans le varicocèle nous avons la sensation d'un paquet de vers de terre enfermés dans un sac. Puis la consistance est moindre que dans l'épiplocèle.

Si vous mettez le doigt à l'anneau inguinal et cherchez à réduire, vous sentez le frémissement du sang dans le varicocèle. Ce n'est pas du tout la même sensation que le glissement de l'épiploon passant à frottement dans la cavité abdominale.

TRAITEMENT.

Indolent. — Si le varicocèle n'est pas douloureux, il va de soi qu'on le laisse tranquille.

Génant. — Il faut prendre les précautions hygiéniques, porter un suspensoir, ou bien en réduisant, en réséquant la peau du scrotum lui constituer un suspensoir naturel.

Des applications d'eau froide peuvent quelquefois faire cesser la douleur.

Comme la station debout ou le fait d'aller à cheval est défavorable, il faut quelquefois changer de profession.

L'opération (dans les cas très douloureux, ou chez des neurasthéniques) consiste à réséquer après ligature, cinq ou six centimètres des veines les plus dilatées et à rapprocher, par leurs ligatures, le bout central du bout périphérique des veines réséquées. Dans cette opération on se gardera bien de couper le canal déférent et l'artère spermatique.

On ne vous pardonnerait jamais, de rendre impuissant en coupant ces vaisseaux, et on s'en apercevrait bien un jour, par l'atrophie du testicule.

143, rue Saint-Denis, Montréal.

Revue des journaux

MEDECINE

Variations de volume de l'oreillette droite appréciées par la percussion dorsale (matité paravertébrale droite).

par M. TEISSIER (Soc. méd. Lyon).

Il y a quelques années déjà, le professeur Potain d'une part, le docteur Barié de l'autre, confirmant les premières recherches de Gennes d'Arras (1864), montraient tout le profit à recueillir de l'exploration méthodique de la zone de matité correspondant à la projection de l'oreillette gauche, sur la paroi thoracique, en arrière. Ils faisaient ressortir tout l'intérêt clinique de cette constatation et les conséquences qu'on en pouvait tirer, au point de vue du diagnostic souvent délicat du rétrécissement mitral. La clinique journalière a permis de contrôler le bien fondé de cette proposition.

Or, il est facile de constater (ce qui n'a point été fait encore jusqu'ici) que l'exploration de l'oreillette droite par cette même voie dorsale, est encore plus commode que celle de l'oreillette gauche, et que sa mensuration devenue en quelque sorte réalisable, par ce procédé de la percussion dorsale, fournit des résultats très importants pour l'explication de certains phénomènes morbides d'une interprétation difficile.

L'oreillette droite en effet se développe en arrière dans un plan sensiblement postérieur à celui du ventricule droit, et notablement inférieur aussi à celui de l'oreillette gauche ; et cela, sans laisser entre la paroi cardiaque et le squelette thoracique un *sinus pulmonaire*, comme celui qui est interposé entre les cavités gauches et la paroi thoracique, de telle façon que, pour peu que la cavité auriculaire droite présente un certain degré de dilatation, la percussion permettra très aisément d'apprécier le changement de volume de l'oreillette.

Cette percussion, que nous appellerons *la percussion paravertébrale droite*, doit se faire à l'aide du doigt appliqué parallèlement à la colonne vertébrale, au niveau des 6^e, 7^e et 8^e espaces intercostaux, c'est à dire de la 6^e à la 9^e côte, limites habituelles de l'expansion auriculaire en arrière. Souvent la zone de matité constatée par ce moyen s'étend à *trois larges travers de doigts, en dehors de la colonne*, contrastant avec la sonorité très nette de la gouttière vertébrale opposée (à moins d'hydrothorax gauche, bien entendu). Les vibrations thoraciques sont très atténuées ou abolies au niveau de la région mate ou submate.

Il est aisé de s'assurer que la zone de matité ainsi mise en évidence, correspond nécessairement à l'organe indiqué. Outre qu'il est facile d'en suivre les oscillations en plus ou en moins, parallèlement au progrès ou à la rétrocession de la dilatation auriculaire, appréciée d'après l'ensemble des signes ou des symptômes communs correspondants. On peut voir sur les épreuves radiographiques recueillies chez un grand nombre de malades, une zone sombre débordant largement à droite de la colonne vertébrale, et répandant exactement à la zone de matité limitée par la percussion.

De plus, une série de recherches anatomiques minutieuses nous ont appris que la zone ainsi déterminée répondait méthodiquement à l'oreillette droite dilatée : il est très simple de s'assurer en effet que *deux fiches enfoncées parallèlement dans les 6^e et 8^e espaces intercostaux droits, à 3 bons centimètres de la ligne médiane, plongent en pleine oreillette droite, celle-ci effleurant en général le bord supérieur de la 9^e côte.*

La conséquence la plus intéressante à tirer de cette notion, c'est qu'en se dilatant, l'oreillette droite comprime d'une manière évidente les veines pulmonaires, émanant du poumon droit, qu'elle peut écraser très aisément sur le squelette, de façon à y ralentir considérablement la vitesse du courant sanguin. C'est sans doute dans cette disposition qu'il faut chercher la cause de cette anomalie apparente, qui fixe certaines congestions hypostatiques chez les cardiaques, de préférence à la base du poumon droit, et quelquefois même au sommet droit, suivant le vaisseau plus spécialement comprimé. Nous pourrions apporter un certain nombre d'observations anatomiques et cliniques, propres à justifier cette assertion.

Un autre point qui nous a frappé, en comparant les

différentes projections radiographiques que nous avons sous les yeux, c'est la forme toute spéciale de l'ombre portée répondant aux faits de grosse dilatation cardiaque très probablement accompagnée de symphyse péricardique, ombre pontée qui représente une large zone triangulaire débordant des deux côtés de la colonne vertébrale, symétriquement, à la façon d'un triangle isocèle ; puis la fréquence d'une large matité paravertébrale droite chez les malades affectés d'insuffisance aortique, sans dilatation avérée et permanente de l'oreillette droite ; mais ce sont là deux points spéciaux sur lesquels nous nous proposons de revenir.

(Lyon méd.)

Vertige et syncope d'origine vesicale.

M. Bock décrit un syndrome nerveux d'origine vésicale, assez rare, mais dont il a observé quelques cas et qui, mal analysé, pourrait faire croire à l'existence d'une forme larvée d'épilepsie, alors qu'il ne s'agit que d'un vertige et d'une syncope due à la miction dans certaines circonstances.

Ces faits n'ont été observés que chez l'homme adulte de dix à cinquante-cinq ans. Le syndrome nerveux consiste en ceci. Le sujet, au milieu de la nuit, se lève en proie à un besoin pressant d'uriner ; il prend le vase, la miction se fait attendre malgré ses efforts ou bien s'établit lentement. Subitement survient un léger vertige qui s'accroît rapidement, devient syncope si le malade ne se recouche immédiatement. Parfois la syncope est si rapide que le malade tombe le vase en main. Cette syncope est ou bien complète et dure plus ou moins longtemps, ou bien se borne au vertige, bourdonnement d'oreille, etc. Si le malade veut se relever de suite, pressé par le besoin d'uriner, la syncope le menace de nouveau et il doit se recoucher et attendre quelque temps.

L'analyse des symptômes, vertige, bourdonnements d'oreilles, conscience de l'arrivée de la syncope, le moyen d'y échapper en se recouchant de suite, indique bien qu'il s'agit d'une anémie cérébrale particulière et non d'une forme d'épilepsie.

Comme cause, rien d'appréciable ni dans l'hérédité, ni dans l'état de santé souvent très bon. Les repas tardifs, espacés, l'abus de boisson ou de tabac dans la soirée, semblent en être les causes occasionnelles.

(L'Ind. méd.)

Des épanchements au cours des cirrhoses.

par HENRY (Thèse de Lyon).

M. Henry rappelle que les épanchements hémorragiques sont assez fréquents au cours de la cirrhose atrophique. Ils touchent toutes les grandes séreuses : plevre, péricarde, péritoine, mais avec une fréquence inégale, la

plevra surtout, le péritoine, plus rarement le péricarde. Ces épanchements ne donnent pas lieu habituellement à une symptomatologie spéciale. Ils sont révélés par les signes ordinaires des épanchements et par la ponction exploratrice. Souvent, ils passent inaperçus et ne sont qu'une trouvaille d'autopsie. Les causes qui donnent lieu à ces épanchements hémorragiques sont multiples : à côté de la tendance hémophilique bien connue chez les cirrhotiques (épistaxis, varices de l'œsophage, hématomées, etc.), il est deux autres causes particulières : la tuberculose surajoutée et le traumatisme fourni par une ponction antérieure transformant un épanchement simple en un épanchement hémorragique.

(Ibid)

CHIRURGIE

Seméiologie des tumeurs du foie.

par M. le Dr ED. SCHWARTZ (de Paris).

(Suite)

La phonendoscopie, la radiographie ne rendront que peu de services dans le diagnostic des néoplasmes hépatiques. Hartmann a beaucoup insisté sur les résultats obtenus par la phonendoscopie (*Bull. Soc. Chirurgie*, 25 octobre 1899). Lorsqu'il s'agit d'une tumeur du foie, l'estomac étant examiné vide, puis rempli de gaz à l'aide d'un mélange d'acide tritrique et de bicarbonate de soude (3 grammes de chaque), la tumeur, quand elle appartient au foie, reste immobile, l'estomac se déplace avec le pyllore, et ses limites sont facilement démontrables par le phonendoscope.

La ponction exploratrice nous a déjà occupé à propos des abcès et des kystes hydatiques. Pour être innocente, elle doit être prudemment faite ; nous avons vu que les ponctions ont pu amener des hémorragies graves dans des cas de tumeur du foie, tels les faits de Ricard, de Terrier. Ricard, chez une femme de 32 ans, fait une laparotomie et ponctionne. Hémorragie formidable qui n'est arrêtée que par le thermocautère et le tamponnement. Il s'agissait très probablement d'un sarcome auquel la malade succomba. Chez un homme de 55 ans, Terrier trouva après une ponction, un demi-litre de sang dans le péritoine ; le malade était mort le lendemain. Ces faits doivent nous rendre très circonspects puisque, même à ventre ouvert, on observe de graves accidents ; que sera-ce le ventre fermé, alors qu'on pratique la ponction à l'aveuglette. Si on veut y recourir dans un cas de tumeur douteuse comme nature, comme contenu, qu'on prépare tout pour obvier à une hémorragie sérieuse et qu'on ne la fasse à notre avis que dans le cours d'une laparotomie exploratrice, à moins que d'employer des aiguilles très fines, qui alors

ne donnent pas grand'chose au point de vue diagnostic; et encore se rappellera-t-on que Broca vit une hémorragie mortelle emporter un homme 15 heures après une ponction avec une aiguille fine de l'appareil de Potain.

Pitha et Billroth, Bardenheuer, König, Krause, considèrent la ponction du foie comme plus dangereuse qu'une laparotomie. Il est certain que cette dernière, faite dans de bonnes conditions, donne plus de sécurité, et, malgré l'apparence paradoxale de la proposition, nous ne sommes pas loin de nous ranger à leur avis.

Non moins, sinon plus dangereuse, est une manœuvre conseillée par Heinecke, au point de vue du diagnostic, et qui consiste à enlever au trois-quarts emportée pièce des fragments de la tumeur hépatique soupçonnée, qu'on examine ensuite. L'akidopeirastik doit être absolument bannie de nos moyens d'investigation pour des raisons faciles à concevoir, après ce que nous avons dit plus haut de la ponction simple.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic des tumeurs du foie est difficile; et souvent ce n'est que par une laparotomie exploratrice que l'on se rend compte de ce qui existe.

La laparotomie exploratrice ne doit toutefois être pratiquée que lorsqu'il s'agit d'une tumeur qu'on pense pouvoir enlever; si tous les signes sont contre l'ablation, nous ne voyons nullement, pour le malade, l'intérêt qu'il y aurait à lui pratiquer une laparotomie de curiosité diagnostique. Dans les cas douteux, au contraire, et à plus forte raison dans ceux où la mobilité, voire la pédiculisation amène à penser à une cure chirurgicale possible, la laparotomie exploratrice pouvant devenir, dans la même séance, curatrice, est absolument permise et même indiquée.

Tillmans a pratiqué 49 fois une laparotomie purement exploratrice et chez 39 malades, sans aucun inconvénient; 10 succombèrent peu après, mais pour deux seulement on peut accuser l'intervention; il s'agissait d'un sarcome du rein et d'un cancer de l'estomac. Par contre, dans quatre cas, la laparotomie sembla avoir eu une action favorable sur la marche de la tumeur maligne. Dans un cas de Kohler (cité par Ahlenstiehl), celle-ci montra une syphilis hépatique dont l'opéré guérit complètement sans qu'on ait touché au foie.

Nous avons nous-même pratiqué la laparotomie exploratrice pour tumeurs du foie dans cinq cas au moins: une malade a succombé rapidement à la cachexie au bout de quelques jours sans que la laparotomie ait pu être incriminée; une fois nous avons vu diminuer l'énorme tumeur du foie, et la malade revue dix ans après avait encore un foie gros, mais presque normal; les trois autres fois les malades guérirent de leur laparotomie mais la tumeur continua son évolution. Dès 1890, Terrillon avait conseillé la laparotomie exploratrice dans les cas de tumeurs indéterminées du foie. Son malade opéré de la laparotomie et ponctionné guérit, pour succomber ensuite à l'épuisement (*loc. cit.*) Nous sommes par conséquent partisan de la laparotomie explora-

rice dans les cas douteux de tumeurs du foie au point de vue diagnostic et opération, avec la précaution d'avoir tout préparé, pour une intervention curatrice si elle est possible.

Le diagnostic différentiel des tumeurs du foie se base sur les recherches cliniques que nous avons exposées plus haut.

Nous n'y insisterons pas; qu'il suffise de dire que les tumeurs les plus variées du rein, de l'estomac, du gros intestin, du pancréas, celles de l'utérus et de l'ovaire, de l'épiploon et du mésentère ont prêté à confusion.

Hérard a rapporté un cas de tumeur du foie prise pour un anévrisme de l'aorte; il s'agissait d'une tumeur transmettant les battements du vaisseau et déterminant par compression un souffle intense.

Si le diagnostic différentiel au point de vue du siège est difficile, il le devient encore plus quand il s'agit de la nature même de la tumeur.

Les abcès, les kystes hydatiques, tumeurs éminemment liquides, fluctuantes et rénitentes, sont assez faciles à reconnaître en général; nous n'insisterons pas sur leur diagnostic longuement traité, ce qui n'empêche que Quénu, Routier, Giordano ont pensé à un abcès du foie, quand il s'agissait de tumeurs infectées ou à évolution fébrile, tandis que d'autres ont pensé à des kystes, alors qu'il s'agissait de néoplasmes. Quand les tumeurs sont solides, le diagnostic de la variété n'est possible que le ventre ouvert et la pièce enlevée, et encore est-il fort difficile de déterminer s'il s'agit de syphilomes, d'adénomes, d'angiomes, de carcinomes. Les faits sont rares où le diagnostic a pu être porté avec quelque certitude, même le foie largement découvert, si ce n'est toutefois dans les cas de cancers où malheureusement il devient souvent évident par l'étendue, l'aspect et la multiplicité des lésions. Tuffier, au point de vue du diagnostic du cancer, attache une importance considérable à la présence de ganglions volumineux au niveau du hile du foie. Michaux, dans un cas de cirrhose qu'il laparotomisa, trouva au milieu du hile des ganglions gros et durs. Il ne s'agissait nullement d'un cancer, comme la suite le démontra.

Comme le cancer du foie est presque toujours secondaire, il faudra que le chirurgien recherche, s'il a fait une laparotomie et que celle-ci le conduise sur un foie à la rigueur opérable, s'il n'existe pas une lésion primitive et la cure ne devra jamais être entreprise avant d'avoir exploré avec le plus grand soin l'estomac, l'utérus, l'intestin, etc., des malades. Si on trouve un noyau autre part, toute intervention est contre indiquée.

Enfin, n'oublions pas de rappeler en terminant, que le traitement antisyphilitique tertiaire doit être appliqué comme moyen de diagnostic, toutes les fois qu'il plane un soupçon de syphilis sur les antécédents du patient. La syphilis du foie pourra être ainsi dépistée et guérie dans certains cas favorables, alors que dans d'autres, malheureusement, la thérapeutique appropriée ne donne absolument rien.

(Gaz. méd. de Paris.)

Un nouveau procédé opératoire des varices et de la phlébite variqueuse.

par M. KAREWSKI. (Soc. med. berlin.)

Depuis dix ans j'ai recours à une intervention que j'ai eu l'occasion de pratiquer 35 fois et qui consiste à extirper les varices et à réséquer les veines efférentes aussi haut qu'elles sont malades, ce qui revient à enlever la saphène interne jusqu'à son embouchure dans la fémorale. En effet, dans bien des cas où il n'existe ni nodosités, ni dilatation, on observe au microscope des altérations caractéristiques ; une thrombose est à craindre, en pareille occurrence, sous l'influence de n'importe quelle lésion, même aseptique.

Pour éviter la cicatrice trop étendue qui résulterait d'une plaie opératoire ayant parfois un mètre de long, je procède de la façon suivante : après avoir mis à nu l'embouchure de la saphène dans la fémorale par une petite incision, je lie et libère la veine sur un espace assez étendu ; puis, au moyen d'une incision pratiquée environ 20 centimètres plus bas, j'extrait le bout central du vaisseau ; enfin, je recommence la même manœuvre une troisième fois en un point situé encore plus bas.

Je n'hésite pas à appliquer ce procédé même pendant les périodes aiguës avec fièvre. Il met sûrement à l'abri des récidives, et je ne l'ai jamais vu déterminer de thrombose de la fémorale.

(Méd. Orientale.)

Sur les lésions des centres nerveux, consécutives à l'élongation des nerfs périphériques et craniens.

par M. G. MARINESCO (Soc. biologie).

La connaissance précise des modifications des centres nerveux après l'élongation présente un double intérêt au point de vue de l'histologie pure et au point de vue des applications chirurgicales. En pratiquant l'élongation progressive et prolongée pendant quelques secondes des nerfs hypoglosse et sciatique chez le chien nous avons constaté au niveau du point d'application de la traction des nerfs en question et dans leur centres d'origine des lésions variables avec l'intensité de la traction et la durée de celle-ci. Si l'élongation est faite dans une certaine limite (2 1/2 — 4 kilogrammètres pour l'hypoglosse) les lésions ne sont pas graves et par conséquent sont capables de réparation. On trouve dans ces conditions, au point où la traction a été effectuée, des lésions dégénératives des nerfs qui relèvent de la dégénérescence traumatique. Ces lésions ont leur maximum au niveau de l'élongation et disparaissent assez vite au-dessus, tandis qu'elles sont évidentes au-dessous ; elles siègent surtout à la périphérie du nerf. La myéline est fragmentée et réduite en grosses boules, ou bien elle

présente la dégénérescence granuleuse, le cylindrax est plus ou moins altéré et les noyaux de la gaine de Schwann multipliés. Si la compression exercée au niveau de l'élongation est plus forte, on remarque alors que la dégénérescence ne se borne pas seulement aux couches superficielles du nerf, mais qu'elle intéresse aussi les couches plus profondes.

Les modifications que subissent les cellules nerveuses sont en rapport avec le degré de la durée de l'élongation. Lorsqu'il s'agit d'une traction légère, c'est à peine si l'on voit dans les cellules une tuméfaction du corps cellulaire accompagnée d'une dissolution peu prononcée de la substance chromatique. L'aspect change si l'élongation a donné naissance au niveau où elle a été exercée à la dégénérescence traumatique. On peut dire d'une manière générale que plus cette dégénérescence est intense, plus les lésions du centre nerveux correspondant sont caractéristiques. Dans les cas où la dégénérescence du nerf hypoglosse est limitée à la périphérie, les cellules du noyau de ce nerf présentent des phénomènes de réaction à distance analogues à ceux que détermine la section du nerf avec la différence cependant que, dans le cas qui nous occupe, les altérations intéressent plus particulièrement les cellules situées à la périphérie du noyau. Les cellules centrales sont aussi altérées, mais la dissolution de la substance chromatique est moins accusée et le noyau est à peu près central. En d'autres mots les premières présentent la chromatolyse périnucléaire avec émigration du noyau, les secondes sont le siège d'une dissolution chromatique.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Un nouveau moyen de diagnostic de la mastoïdite.

par M. A. ANDREWS.

Le procédé d'exploration décrit par l'auteur consiste à ausculter la pointe de l'apophyse mastoïde au moyen d'un stéthoscope à petite ouverture pendant qu'on maintient au niveau de l'antre mastoïdien le manche d'un diapason vibrant. S'il existe du pus ou des granulations, ou encore lorsque la densité de l'os est augmentée par suite de l'oblitération des cellules mastoïdiennes, les sons parviennent à l'oreille de l'observateur d'une façon beaucoup plus nette que dans les cas où l'on a affaire à une apophyse mastoïde normale. En pratiquant l'examen, il faut avoir soin de ne pas tendre la peau entre le stéthoscope et le diapason, afin que les vibrations soient perçues d'une manière plus distincte. Il suffit de déplacer le stéthoscope pour pouvoir préciser les limites de la portion mastoïdienne du temporal, les sons devenant beaucoup plus élevés dès qu'on atteint le bord supérieur de cette partie de l'os. On peut de même quoique moins bien, déterminer la position du sinus latéral.

M. Andrews a appliqué le procédé en question chez

quarante sujets bien portants, sans avoir jamais eu à enregistrer la moindre différence dans la transmission des vibrations des deux côtés; par contre, dans quatre cas où l'existence d'une affection mastoïdienne ne faisait l'objet d'aucun doute, il observa que l'apophyse malade transmettait les sons beaucoup mieux que ne le faisait le côté opposé.

(J. of the Amer. Med. Assoc. — Méd. orient.)

GYNECOLOGIE

Le chlorure de calcium dans les règles d'abondance exagérée avec ou sans dysménorrhée.

Voici comment M. Lafond-Grellety envisage le traitement des règles abondantes, avec ou sans dysménorrhée.

Dans les cas où il n'y a pas de dysménorrhée, les praticiens ont le plus souvent recours à l'ergotine. Récemment encore, M. Dalché, dans le *Bulletin de thérapeutique* du 23 avril 1899, proposait la formule suivante où l'ergotine entre pour la plus grande part.

Ergotine.....	0g10.
Sulfate de quinine.....	0g02.
Poudre de digitale.....	0g01.
Poudre de coca.....	Q. S.

Pour une pilule n° 20 : 4 à 5 par jour.

La formule est bonne, mais on peut se demander quelle part revient à l'ergotine dans l'action thérapeutique de ces pilules, et si ce n'est pas plutôt aux toniques et à la digitale qu'est due l'amélioration générale. Dans les cas observés par l'auteur, l'effet physique, logique, local, de l'ergotine, si réel qu'il ait été, n'a jamais, en effet, paru nettement suffisant.

Il ne serait pourtant pas exact de croire que les autres agents constricteurs (hydrastis, hamamelis, senecio, etc.) lui soient préférables. La formule de M. Dalché est la meilleure. Lorsque les règles sont régulièrement très abondantes, M. Lafond-Grellety lui adjoint systématiquement le chlorure de calcium à l'intérieur. Les travaux de M. Cornil et de ses élèves, les expériences cliniques de Whright et P. Carnot, la thèse documentée de Trémolières montrent, en effet, l'action hémostatique puissante du chlorure de calcium, et justifient l'emploi de ce médicament dans les cas de règles trop abondantes. Le chlorure calcique peut être administré en potion, à la dose journalière de 1 à 2 grammes, selon la formule suivante :

Chlorure de calcium....	9 grammes.
Sirop de sucre.....	60 —
Eau.....	180 —

Une à deux cuillerées à soupe par jour.

Cette potion n'est pas trop désagréable au goût : elle est, de plus, facilement supportée par l'estomac, comme l'avait déjà remarqué G. Sée.

Il convient cependant de faire une réserve. Chez les chlorobrightiques, le chlorure de calcium détermine facilement des accidents d'intoxication, et en particulier des vomissements et de la céphalée. Il faut donc proscrire absolument cette substance quand on a des raisons sérieuses de soupçonner une néphrite. Dans ces cas, il est préférable de remplacer le sel par une préparation gélatinée (contenant 10 p. 100 de gélatine) et dont on injecte 5 à 10 centimètres cubes une à deux fois par jour.

M. Lafond-Grellety ordonne la potion au CaCl² concurremment avec les pilules de M. Dalché. La potion est prescrite une semaine avant l'époque prévue. Les pilules doivent au contraire être prises quelques jours seulement avant les règles, et continuées pendant toute la durée de l'écoulement.

Il ne faudrait pas s'étonner de voir ce premier traitement échouer presque complètement : le plus souvent, d'ailleurs, il se montre peu efficace. Mais, le mois suivant, la médication sera déjà plus efficace, et si l'on continue six, sept et huit mois, on est à peu près sûr d'obtenir les meilleurs résultats.

Dans les cas où il y a dysménorrhée, le traitement varie suivant les personnes. L'administration du sel calcique doit ici être soigneusement surveillée, la suppression ou la diminution des règles s'accompagnant d'une façon constante d'une exagération dans l'intensité et la durée des douleurs.

On peut cependant obtenir quelques améliorations par l'association du CaCl² au senecio vulgaire. Le senecio sera prescrit sous forme d'extrait fluide à la dose quotidienne de XL gouttes (en deux fois); ces gouttes seront prises dans une cuillerée à soupe de potion au CaCl² contenant dix centigrammes de ce sel. Cette médication, commencée deux à trois jours avant l'époque prévue, sera continuée pendant toute la durée des règles et prolongée encore quarante-huit heures, après la fin de l'écoulement cataménial.

On peut donc conclure de ce qui précède :

1° Que le chlorure de calcium, agissant comme hémostatique local et sur la masse totale du sang, diminue l'exagération des pertes sanguines au moment des règles; et que celles-ci deviennent régulièrement normales, après un traitement prolongé ;

2° Que, malgré son action vasculaire toujours marquée, il ne saurait être efficacement employé dans les cas de dysménorrhée, dont il ne restreint ni la durée ni l'intensité du cycle douloureux ;

3° Qu'enfin son usage est contre-indiqué chez toutes les personnes qui présentent un mauvais fonctionnement des reins.

(Gaz. des hôp. — Gaz. hebdo. Bordeaux.)

OBSTETRIQUE

Hématome de la vulve et du vagin.

par A. L. WRIGHT.

D'après l'auteur, on a décrit sous le nom de thrombus, deux choses : l'hématocèle, c'est-à-dire l'hémorragie venant d'un vaisseau vaginal profond, et s'étendant du côté du pelvis, et l'hématome, c'est-à-dire l'épanchement sanguin dans une lèvre. Au point de vue pathogénique, il s'agit d'un épanchement dans le tissu cellulaire vaginal ou vulvaire et dans les tissus environnants : ce n'est donc pas un thrombus au sens strict du mot. La gravité de cet accident a été très diversement comprise par les auteurs : Perret, résumant les diverses statistiques, arrive à la proportion de 17 morts sur 43 cas ; une partie importante, dans cette léthalité, se rapporte à l'infection dont l'hématome constitue une porte d'entrée. Quant à la fréquence absolue de cet accident, elle serait de 7 pour 6000 d'après Dubois, de 1 pour 1600 d'après Winckel. Les erreurs de diagnostic ont été nombreuses ; on a confondu cette hématome avec une hernie, un placenta prævia, une présentation fœtale, etc. Se produisant fort rarement en dehors de la gravidité, à la suite d'un traumatisme intra-vaginal, l'hématome apparaît surtout lors de l'accouchement. La grossesse y prédispose en créant une stase sanguine locale ; l'influence des varices est encore problématique ; il faut tenir compte des changements chimiques du sang chez les femmes grosses, changements capables d'altérer la nutrition des parois vasculaires. La syphilis et l'alcoolisme pourront agir en créant de l'endartérite. De même, on ne saurait nier l'influence d'une dystocie osseuse nécessitant des efforts exagérés, de mauvaises positions et des interventions qu'elles nécessitent. A la fin de la grossesse, le thrombus se produit rarement ; il est dû, alors, à une violence locale (coït ou traumatisme). Lors de l'accouchement, il est la résultante de nombreuses causes : travail pénible et prolongé, grands efforts, altération préalable des parois vasculaires. Si, dans ces conditions, la tête exerce une longue compression, il pourra en résulter une nécrose capable d'amener une hématome parfois longtemps après la délivrance (51 jours dans un cas de Heffer). Les veines sont plus fréquemment lésées que les artères.

Les principaux symptômes sont : la douleur, par compression des filets nerveux, — très intense près du clitoris, presque nulle pour les lèvres : — puis la compression du rectum et de la vessie, d'où phénomène de rétention. Quant à la tumeur, elle est capable d'obstruer l'introïtus, de s'étendre le long des cuisses ou de l'abdomen, de devenir rétropéritonéale. Dans ces cas, on observe tous les signes des grandes hémorragies internes. Suivant les cas, la tumeur évoluera vers la résorption spontanée, se terminera par écoulement, ou suppuration et gangrène. — Le pronostic est variable ; bénin à la fin

de la grossesse, il est grave avant la sortie de la tête. L'action mécanique de la tumeur peu sensible pour la sortie de la tête, peut mettre un obstacle à l'écoulement lothial (Mme Lachapelle.) — Comme traitement, il faudra, avant tout, hâter l'accouchement (on préférera le forceps à la version) ; on fera l'incision et le bourrage de l'hématome, puis le traitement général des grandes hémorragies.

(Annals of Gynecology — Pro. méd.)

Traitement de l'enclavement.

par H. LEWIS.

L'enclavement, "impaction," est une position telle, que la présentation fœtale, engagée dans la filière génitale, ne peut ni progresser lors des contractions, ni recéder dans les intervalles. — Cet enclavement amène l'anémie des tissus qui, en se prolongeant, pourra causer la nécrose, — et d'autre part, la congestion et l'œdème. — Parmi les moyens à employer, il en est de médicaux ; l'ergot de seigle est à proscrire formellement, l'alcool et la quinine ont une action bien douteuse. — Les autres sont obstétricaux : la césarienne est à rejeter puisqu'on ne pourra faire remonter la tête ; il nous reste donc, théoriquement, trois procédés ; ou bien on renforcera les forces d'expulsion (traction, pression) ; ou bien on élargira le contenant (symphyséotomie) ; ou enfin, on réduira le contenu (opérations fœticides). — Les indications varient avec chaque cas : s'il s'agit d'un siège, on pourra tenter le forceps en prise sacro tibiale ; — les laes seront moins dangereux, mais plus difficiles à poser qu'un crochet ; les tractions digitales seront, d'habitude, un bon procédé. — En cas d'échec, on fera la symphyséotomie, ou si l'enfant est mort, l'embryotomie. Dans la présentation de l'épaule, on ne pourra compter qu'exceptionnellement sur l'évolution spontanée. — S'il est temps encore, on pratiquera la version, — sauf si l'enfant est agonisant. — Dans tous les autres cas, on fera la décapitation. — Les présentations du sommet nécessitent, pour être bien traitées, un examen minutieux, au besoin favorisé par l'anesthésie, de la mère (pelvi-métrie) et de l'enfant (céphalométrie). — Dans les occipitoantérieures, l'accouchement prématuré est indiqué comme moins dangereux que l'application du forceps à terme. — On ne tentera le forceps au détroit supérieure que lorsqu'il ne nécessitera pas de trop fortes tractions. — La symphyséotomie sera faite après l'échec d'un forceps prudemment posé, et quand les conditions d'asepsie le permettent. La craniotomie semble n'être indiquée que très exceptionnellement, dans les cas de bassin en entonnoir très vicié. — Dans les positions postérieures, la thérapie se résume en deux principes ; maintenir la flexion de la tête, effectuer la rotation. — Si l'on a affaire à une présentation de la face, on pourra tenter au début une application de forceps. Plus tard, après l'échec de

cet instrument, on sera réduit à pratiquer la symphysectomie, si l'enfant est vivant, — la perforation dans le cas contraire. — Dans le cas d'une variété frontale, on essaiera le forceps ou la version, — à moins qu'on ne puisse changer cette présentation en une face proprement dite, ou en un sommet. — Enfin, quand on est en présence de monstres, l'enfant n'étant pas viable, l'accoucheur n'a qu'à épargner la mère ; il emploiera, dans ce but, les opérations fœticides, c'est-à-dire suivant les cas : l'éviscération, l'embryotomie, la cranioclasie, la cléidotomie, etc.

(*Amer. J. of Obs. — Pro. méd.*)

PÉDIATRIE

Traitement de la tuberculose infantile par le sérum musculaire.

MM. Josias et J. Ch. Roux ont expérimenté la zomothérapie chez les enfants tuberculeux. Ils font macérer la viande dans une faible quantité d'eau et compriment à la presse à viande. On obtient ainsi 15 à 20 centimètres cubes de sérum musculaire par 100 grammes de viande. C'est un liquide rougeâtre très altérable, qui doit en été être conservé dans une glacière s'il doit être administré plus de 2 heures après la préparation.

Ils ont donné à leurs malades, pesant environ 25 kilogrammes, le suc de 500 grammes de viande. Les enfants absorbent très facilement cette préparation.

Le suc musculaire ainsi administré semble constituer, dans le début de la tuberculose pulmonaire, un remède presque spécifique. Mais les résultats sont moins satisfaisants dans les formes chroniques. Lorsque le poumon est profondément atteint, lorsque les microbes d'infection secondaire ont envahi les lésions tuberculeuses, le traitement ne donne qu'une amélioration relative.

Dans 3 cas de méningite tuberculeuse MM. Josias et Ch. Roux n'ont obtenu aucune amélioration, mais ils n'ont pu expérimenter le suc musculaire que trop tardivement, car les malades sont entrés à l'hôpital alors que les lésions étaient déjà très avancées. Mais il est possible que les résultats soient plus favorables si l'on traite les malades dès que le diagnostic est posé.

M. Dalché croit que le milieu hospitalier est peu favorable à l'expérimentation de la cure des tuberculeux, car les conditions hygiéniques sont insuffisantes : il est possible que dans un autre milieu la zomothérapie ait donné de meilleurs résultats.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

Le stridor laryngé congénital des nourrissons.

par M. BRUDER (Th. Paris).

Le stridor laryngé congénital des nourrissons dont M. Bruder a fait l'étude débute au moment de la naissance ou peu après.

Il se caractérise par un bruit inspiratoire sonore plus ou moins musical appelé stridor, que l'on peut comparer au gloussement d'une poule, au hoquet, au sanglot.

Ce bruit est continu, persistant, bien qu'atténué pendant le sommeil, et lorsque l'enfant tète.

Son intensité augmente sous l'influence de toutes les causes qui provoquent une augmentation de la fréquence des mouvements respiratoires.

Le cri de l'enfant est clair et normal.

Il existe une gêne respiratoire le plus souvent modérée, mais pouvant dans quelques cas devenir plus accentuée et s'accompagner de tirage et d'ébauche de cyanose.

L'état général de l'enfant est généralement très satisfaisant.

Le stridor disparaît spontanément au bout d'un an ou à la fin de la 2^e année.

Le stridor est produit au niveau du larynx.

Il est dû à une malformation laryngée pouvant revêtir deux types.

Dans l'un, la malformation est au maximum.

L'épiglotte est repliée sur elle-même en dedans, ses bords rapprochés forment une gouttière assez étroite.

Les replis aryéno-épiglottiques, flasques et minces, sont en contact direct et forment une simple fente.

En arrière de l'ouverture du vestibule laryngé, il y a donc une sorte de glotte vestibulaire limitée par ces replis anormalement rapprochés, qui s'affaissent et vibrent sous l'influence de l'air inspiré.

Dans l'autre type, la malformation est limitée à l'épiglotte qui est enroulée sur elle-même, formant ainsi une anche vibrante dominant le larynx.

Par suite de cet enroulement, les replis aryéno-épiglottiques sont rapprochés dans leur tiers antérieur seulement. Dans ce cas, le stridor résulte des vibrations de cette anche résonnant avec le tiers antérieur des ligaments aryéno-épiglottiques.

Cette malformation est congénitale.

Elle disparaît lorsque le larynx en se développant devient plus rigide.

La disparition de la malformation est accompagnée de la cessation du stridor.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

HYGIÈNE

La scarlatine et l'isolement dans les collèges.

par A. LUTAUD.

La mort d'un scarlatineux expulsé du collège Stanislas par une température de -10° a justement ému l'opinion publique. Le fait, qui est grave, a été nettement exposé dans une lettre adressée au *Figaro* par l'oncle de la victime.

"J'affirme que les parents n'ont pas demandé à emmener leur enfant ; ils ont demandé qu'il fût soigné dans la chambre où il se trouvait ; j'affirme, en outre, qu'ils ont été *absolument mis en demeure* par le directeur de choisir entre ces deux alternatives ; ou l'emmener avec eux ou le laisser transporter par le collège au sanatorium de Bellevue.

"Ils ont considéré l'un ou l'autre voyage aussi dangereux pour un enfant ayant une température d'au moins 40° ; ils ont préféré l'emmener chez eux.

"Quand au médecin, il a voulu dégager sa responsabilité en se tenant dans une prudente réserve, mais il a manqué au premier de ses devoirs en n'avertissant pas les parents du danger qu'il y avait à faire ce voyage, et en refusant de visiter l'enfant avant son départ.

"Il n'empêchera pas que lui et les directeurs du collège Stanislas sont et resteront responsables de la mort de cet enfant."

Je ne veux pas insister sur la responsabilité encourue par les Pères qui dirigent le collège ; ils doivent être déjà assez malheureux par le désastre matériel qu'un tel incident attitera sur leur maison ; mais on ne peut s'empêcher de remarquer que, puisque la scarlatine existait à Stanislas, il valait mieux licencier les élèves sains, que de mettre dans la rue des malades dont le transport était plus que dangereux.

Mais ce fait appelle des réflexions plus générales et me paraît de nature à justifier des mesures qui s'appliquent à tous les établissements d'instruction recevant des internes.

Les Pères de Stanislas possèdent à Bellevue, c'est-à-dire à huit kilomètres de leur collège, un *sanatorium* où ils expédient leurs élèves atteints de maladies infectieuses. Mais que font-ils lorsque des complications graves rendent le transport dangereux ? Ils jettent les enfants dans la rue.

Je ne crois pas qu'un tel procédé soit recommandable ; mais les conditions dans lesquelles se trouvent la plupart des collèges ou lycées ne permettent guère d'agir autrement.

Le remède est cependant bien simple ; il consiste à imposer à tous les internats français la construction d'un pavillon d'isolement où seraient traitées les maladies infectieuses aiguës pendant la période où le transport

est dangereux. Il y a plus de vingt ans que tous les collèges anglais ont pris cette mesure qui a donné satisfaction à l'opinion.

Je me suis souvent élevé contre les tendances abusives de nos hygiénistes modernes, mais j'ai été un des premiers à réclamer des pavillons d'isolement pour les hôpitaux, les casernes et les collèges. En ce qui concerne les établissements d'enseignement, cette création est absolument urgente.

(J. de méd. de Paris.)

Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire dans les armées.

par M. KOVATCHEFF (Th. Nancy).

D'une consciencieuse étude, M. Kovatcheff conclut que la mortalité par tuberculose dans certains pays (Espagne, France), est plus fréquente dans l'armée que dans la population civile correspondante. C'est l'armée espagnole qui est le plus éprouvée par la tuberculose, tandis que l'armée allemande est la plus favorisée. Parmi les différentes armes, c'est l'infanterie qui est la plus éprouvée, elle accuse presque le double.

L'augmentation de la tuberculose dans l'armée porte sur les jeunes soldats, elle diminue après la première année de service pour augmenter de nouveau suivant la prolongation du service.

La fréquence dans les armées de mer varie beaucoup plus que dans les armées de terre : ainsi dans la marine française elle dépasse celle de l'armée de terre, tandis que dans la marine néerlandaise la tuberculose est presque nulle.

Dans les armées coloniales, ce sont les indigènes qui sont en général les plus éprouvés par la tuberculose. En particulier dans les troupes noires, la tuberculose est trois ou quatre fois plus fréquente que dans les troupes blanches.

Les causes de la fréquence de la tuberculose ne paraissent pas dépendre de la contagion seulement ; elles doivent être multiples : le régime spécial du soldat, l'agglomération, le changement de résidence, les privations, les fatigues et le surmenage y sont pour beaucoup. Le rôle de la contagion ne peut cependant être contesté.

La contagion ne peut pas nous expliquer toutes les particularités que la tuberculose présente dans l'armée française et encore moins dans les armées étrangères où la mortalité n'est pas la même.

La fréquence de la tuberculose est plutôt due ou surbordonnée aux péripéties professionnelles et à l'insuffisance de sélection faite au conseil de révision.

Les fièvres éruptives et les maladies contagieuses et en particulier la grippe, paraissent avoir une très grande influence sur le nombre des malades et des décès par tuberculose.

Au point de vue prophylactique, il convient de pren-

dre des mesures hygiéniques propres à empêcher la propagation du bacille incriminé ;

D'éliminer au moment de l'incorporation tous les jeunes gens atteints de tuberculose ou paraissant susceptibles de devenir tels ;

D'éliminer temporairement tous les soldats qui pendant leur séjour sous les drapeaux ont eu une pleurésie (chose qu'on n'a pas faite jusqu'à présent) ;

De mettre en route la classe au mois de septembre ou octobre au plus tard, pour que changement des habitudes ne vienne pas se joindre à une température froide ;

De diminuer le travail ou bien subdiviser les recrues en deux groupes suivant la capacité thoracique et le développement physique général ;

De varier le régime alimentaire et supprimer la vente de l'alcool dans cantines régimentaires ;

De construire des *sanatoria* militaires appropriés au traitement des soldats tuberculeux pauvres ;

D'établir progressivement des casernes hors des grandes villes où une foule de circonstances favorisent la morbidité des troupes.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

THERAPEUTIQUE

La santonine contre les douleurs fulgurantes du tabes

Le moyen le plus efficace pour combattre les douleurs fulgurantes des tabétiques consiste dans l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées, mais il offre l'inconvénient, en forçant à élever progressivement les doses de l'alcaloïde, de faire du malade, dans la plupart des cas, un morphinomane. C'est pourquoi avant de se décider à avoir recours à la morphine contre les crises douloureuses de l'ataxie locomotrice, on tâche de s'en tenir aussi longtemps que possible à l'usage des analgésiques tels que l'antipyrine, la phénacétine, l'acétanilide, etc. Or, comme tous ces médicaments cessent d'agir au bout d'un certain temps, par suite de l'accoutumance, on est obligé de les prescrire à tour de rôle et, à un moment donné, on se trouve avoir épuisé toute la série disponible. Il est donc utile de savoir que, dans ces conditions, l'alcaloïde du semen-contra peut constituer une ressource de plus, comme M. Negro (*Gaz. d. Osped. e d. Clin.*, 17 février 1901) a pu s'en assurer chez un grand nombre de tabétiques. Notre confrère a trouvé, en effet, que la santonine, administrée à la dose maxima de 0 gr. 15 en une journée, en trois prises séparées par un intervalle de trois heures, fait disparaître les douleurs fulgurantes, et cela pour plusieurs jours de suite. Cet effet analgésique reconnaît pour cause les altérations toxiques passagères que la santonine détermine dans les appareils de la sensibilité générale et qui seraient analo-

gues aux lésions rétinienne, également éphémères, produisant le phénomène bien connu de la xanthopsie san-tonique.

(*Bull. méd. — Gaz. méd. belge*)

Dans la diète lactée il est utile d'additionner le lait de sel.

M. Boureau, après Senator, prescrit d'additionner au lait 3 à 4 grammes de sel par litre. A cette dose, la saveur du lait est à peine modifiée, elle est même agréable : on peut, sans inconvénient, le sucrer.

Le lait contient, en effet, à peine un gramme de chlorure de sodium par litre. D'autre part, l'excrétion urinaire du NaCl s'élève chaque jour à 10 ou 12 grammes. Il faut donc restituer aux milieux liquides de l'économie la quantité de sel marin que ne lui apporte plus l'alimentation habituelle.

A ce sujet M. Boureau rappelle, puisque cette question concerne surtout les albuminuriques, quelques règles diététiques intéressantes.

L'alimentation par les œufs donne moins d'albumine que le régime lacté. Un régime composé d'œufs et de lait donne souvent moins d'albumine que le régime lacté absolu (Robin).

Il est nécessaire de limiter la quantité de lait ingéré : une trop grande quantité de liquide surmène le rein, augmente la tension artérielle des malades qui sont déjà des scléreux, et finalement retentit sur le cœur.

Le poisson paraît augmenter l'élimination d'albumine.

Parmi les végétaux, les pommes de terre, les choux fleurs et le riz sont ceux qui donnent lieu à la moindre élimination d'albumine. Il est rare que l'addition de pain à un régime quelconque augmente la déperdition d'albumine.

(*Gaz. méd. du Centre — Gaz. des hôp.*)

L'occuline.

L'occuline est un nouveau remède opothérapique que le docteur Lagrange, de Bordeaux, a employé contre diverses affections des yeux ; c'est une solution de corps vitré et de corps ciliaire dans la glycérine.

Pour le préparer, on prend des yeux de bœuf, on en sépare le corps vitré et le corps ciliaire que l'on mélange à la glycérine neutre dans les proportions suivantes :

Corps vitré et corps ciliaires réunis.. 100 grammes.
Glycérine neutre à 30°..... 100 —

On fait macérer six heures en agitant de temps en temps, puis on ajoute : sérum physiologique, q. s. pour obtenir 300 grammes de produit.

Le liquide ainsi obtenu est au tiers ; on le filtre d'a-

bord sur un papier préalablement lavé à l'eau bouillante, puis à la bougie Chamberland et on en remplit des ampoules stérilisées d'une contenance de 3^{es}.

L'occuline peut être administrée en injections sous-cutanées, mais le plus souvent le Dr Lagrange fait absorber le contenu de l'ampoule dans un demi verre d'eau.

(Méd. Orientale.)

NOTES DE PHARMACIE PRATIQUE

par J. W. LECOURES,

Professeur de matière médicale et de pharmacie

à l'École de pharmacie de Montréal.

Réponse au docteur O. B. Saint-B. — Veuillez agréer mes remerciements pour vos remarques bienveillantes. Votre appréciation à propos de pharmacie est des plus justes, et je vous prie de ne pas oublier que je me mets à votre entière disposition.

Voici les réponses à vos questions.

I. Je n'ai pu trouver nulle part, le sens précis de "Caster-Sugar", mais je crois que ces mots désignent tout simplement du sucre ordinaire en poudre fine. Le mot anglais *caster*, se traduisant en français par poivrière, ustensile de cuisine qui sert à saupoudrer les épices, le sel, le sucre, etc., il est logique de croire que le "Caster Sugar" est tout simplement du sucre en poudre suffisamment fine pour saupoudrer.

II. *Formule pour le sirop de quinquina.* — Le Codex donne une bonne formule pour ce sirop, mais le procédé de préparation est compliqué. On obtient un excellent sirop de quinquina en mêlant une once de l'extrait liquide de quinquina P. B. avec quinze onces de sirop simple. Filtrer au papier si nécessaire.

III. *Formule pour vin de pepsine.* — Comme il existe sur le marché une foule de pepsines qui ne valent que peu de chose et que l'essai de la pepsine est long et ennuyeux à faire, il importe de toujours donner la préférence aux marques connues.

Les pepsines américaines (Parke Davis, Armour, Fairchild) sont de bonne qualité, et généralement supérieures aux pepsines importées d'Europe.

La formule suivante donne un produit excellent et stable.

Pepsine, P. B. (ou une des variétés nommées plus haut).....	17.5 grammes.
Glycérine.....	50 cent. cubes.
Acide hydrochlorique.....	4 " "
Eau.....	60 " "
Vin blanc (bonne qualité) pour faire.....	1000 " "

Délayer la pepsine dans la glycérine, l'acide et l'eau préalablement mêlés, puis ajouter du vin pour faire 1000 centimètres cubes. Après une semaine de contact filtrer.

IV. *Liquid Rennet.* — C'est de la présure liquide obtenue en faisant macérer pendant quelques jours des caillettes de veau, dans de l'eau salée ou du vin. On l'emploie pour la préparation de certains aliments pour les malades, et surtout pour faire coaguler la lait.

V. *Vin de Tarragone.* — Ce vin, tout comme le vin Xérés, convient très bien pour la préparation du vin de créosote, s'il est de bonne qualité et suffisamment riche en alcool (15 à 20 pour cent).

Les vins d'Espagne sont ordinairement bien alcoolisés.

VI. La formule en question est bien rédigée ; il ne sera pas nécessaire de filtrer si vous mêlez les liquides dans l'ordre suivant : Créosote, teinture de cardamome composée, alcool, sirop et vin.

VII. Quelle est la valeur des préparations antiseptiques connues sous les noms de "Formolid" "Zymole" "Antisepticol" "Boro-Thymol" "Liquor Antisepticus" et "Albolene" ?

Toutes ces préparations, à l'exception de l'Albolene, sont des solutions en proportions variables, d'acide borique, borate de soude, acétanilide, menthol, thymol, etc., etc.

L'Albolene est une huile minérale pour laquelle on ne réclame aucune propriété antiseptique ; c'est tout simplement une variété de vaseline liquide.

La formule suivante donne une solution antiseptique qui est le type des préparations nommées plus haut.

Liquor Antisepticus.

Acide borique.....	128 grains.
Biborate de soude.....	64 —
Acide benzoïque.....	64 —
Thymol.....	20 —
Huile d'eucalyptus.....	5 gouttes.
Huile de gaulthérie.....	5 —
Huile de thym blanc.....	1 —
Huile de menthe verte.....	3 —
Ext. liq. d'indigo sauvage.....	20 —
Alcool (90 %/o).....	6 onces.
Eau dist. pour faire.....	16 —

Faire dissoudre les sels dans 8 onces d'eau chaude ; le thymol et les huiles dans l'alcool. Après refroidissement, mêler les deux solutions, puis ajouter l'extrait liquide d'indigo sauvage et de l'eau en quantité suffisante pour faire 16 onces. Après 24 heures de contact, filtrer au papier. Pour obtenir un liquide bien limpide, ajouter au liquide avant de le verser sur le filtre, 1 once de talc en poudre.

Travaux Originaux

EPITHELIOMA DE L'ŒSOPHAGE. (1)

Clinique de M. le prof. RENDU.

Au n° 20 de la Salle Trousseau, se trouve un malade d'un diagnostic difficile. C'est un homme robuste qui paraît en bonne santé ; il n'a pas de fièvre, et cependant présente des troubles fonctionnels très sérieux.

Si on lui découvre le corps, on constate une dilatation marquée des veines thoraciques et abdominale cutanée : un gros tronc veineux partant du thorax et se ramifiant du côté de l'abdomen.

A chaque effort musculaire, injection considérable de tout ce réseau superficiel. Ce gonflement se fait de haut en bas, il y a donc une gêne, un obstacle à la circulation de la veine cave sup. Si le gonflement se fait dans le sens inverse, de bas en haut, il y aurait gêne, obstacle du côté de la veine cave inf.

Nous devons donc conclure à un obstacle profond à une tumeur profonde.

Le malade présente une couleur congestionnée spéciale ; un certain degré de cyanose analogue à celle des individus qui ont froid, il y a chez lui de l'algidité périphérique. Pas d'œdème de la face. Son cou est tuméfié, mais la dilatation des veines jugulaires n'est pas très marquée v. g., comme dans la maladie du cœur avec dilatation du cœur droit. Ce malade n'a pas de troubles du côté du cerveau. Quand on voit cet homme, deux choses nous frappent : le réseau veineux cutané et la cyanose de la face et des membres supérieurs. Poursuivons l'analyse de ces symptômes. Son cou est très développé et cela tient de la dilatation veineuse profonde, qui à son tour tient de la présence d'une tumeur qui forme une saillie dans la région supraclaviculaire droite, adhérente apparemment à la face profonde de la clavicule. L'immobilité absolue de cette tumeur est facile à constater, il n'y a pas de fluctuation. Cette tumeur est peu douloureuse : donne l'impression d'un ganglion hypertrophié et dure se prolongeant dans la région supraclaviculaire ; mais il ne semble pas qu'il s'agisse d'une émanation de l'os. Il semble qu'on trouve une rainure qui ferait une division entre la tumeur et l'os. Il y a quelque chose de semblable au niveau du sternum au 2e espace intercostal gauche, de la grosseur d'une grosse

noix, immobile et semblant faire corps avec l'os. Si on appuie le doigt on sent une sorte de pulsation, nous verrons tout à l'heure ce que nous pouvons tirer de cette constatation.

Le malade éprouve presque tous les jours avec une certaine périodicité, des douleurs qui s'irradient du côté du cou, de l'oreille et de la région temporale, s'étendant au moignon de l'épaule et quelquefois jusqu'au bras.

Il y a donc là une indication que le plexus cervical serait comprimé. Ce malade a aussi des troubles oculaires assez marqués, il a du myosis, c'est-à-dire de la contraction des deux pupilles qui ne réagissent pas pour l'accommodation. Il y a donc paresse de la pupille et presque permanence de la contracture. Ceci indique un trouble du côté du sympathique ; lorsque le filet sympathique est paralysé ou comprimé la pupille est contractée, lorsqu'au contraire le sympathique est excité la pupille est dilatée. Depuis quelque temps il a de la difficulté pour avaler. Les solides lui déterminent une sorte d'angoisse. Les liquides passent assez bien, mais le malade sent des régurgitations, comme si le liquide s'accumulait au-dessus d'un obstacle. Le malade, cependant, dans la position assise, respire assez bien ; s'il se penche en avant il a de suite des phénomènes de suffocation, même chose s'il se couche. Sa toux est sèche et quinteuse. Pas de rauquité de la voix, voix claire, par conséquent pas de compression du nerf laryngé. Du côté du cœur rien d'anormal ; de temps en temps, cependant le malade éprouve des crises de palpitations.

Ma première impression a été celle d'un anévrisme de l'aorte. Il existe en effet une tumeur siégeant au niveau du 3e espace intercostal gauche donnant lieu à des battements sourds, profonds. Il y a des cas où l'anévrisme donne lieu, longtemps avant son apparition, à une névralgie cervicale et brachiale gauche avec des phénomènes de compression du côté de l'œsophage, de gêne de la respiration, etc.

Mais ce qui se montre contre ce diagnostic c'est que :

1° Ici la tumeur fait manifestement corps avec le sternum et n'est pas intercostale.

2° Les battements ne sont pas ceux de l'anévrisme : on a ici la sensation de battements profonds, comme si la tumeur serait soulevée par les battements de l'aorte.

3° L'auscultation n'est pas en rapport avec l'hypothèse d'un anévrisme, on ne trouve pas de souffle. Il est vrai qu'il existe des anévrismes avec absence de souffle ; mais presque toujours en pareil cas, l'oreille perçoit

(1) Notes recueillies à l'hôpital Necker, Paris, par M. le Dr W. J. Derome. — 372 rue Sherbrooke.

un double foyer de battements comme si l'individu avait deux cœurs ; rien de tout cela chez notre malade.

4° A la *percussion* l'aorte n'est pas augmentée. Il y a égalité entre les battements des artères radiales gauche et droite. Pas de trace d'athérome nulle part.

Pas d'histoire de syphilis. Car chez les syphilitiques on trouve de l'anévrisme quand le système artériel est généralement bon.

5° La présence de cette tumeur sus-claviculaire est la grande objection à l'hypothèse d'anévrisme ; car cette tumeur est un ganglion hypertrophié très bien reconnaissable par la marche de son développement.

C'est-ce l'os lui-même qui est malade, dégénéré, ramolli ? La percussion ne fait pas rejeter cette idée. Car vous le savez il existe des sarcomes des os qui sont très vasculaires. La tumeur sus-claviculaire n'est pas osseuse, car on perçoit une rainure qui en sépare nettement l'os ; on peut bien suivre la clavicule qui n'est pas augmentée de volume, de forme. Elle n'est qu'un peu luxée en dedans par tumeur sous sternale.

Mais on peut placer comme hypothèse, un sarcome du sternum avec adénite sarcomateuse cervicale, une tumeur maligne avec adénite (Syphilis ne donne pas lieu à ces accidents). Mais d'après le dire du malade, la tumeur sternale serait apparue après l'adénite cervicale.

Mais pourquoi ne pourrions-nous pas penser à une tumeur du médiastin ? Je vais vous indiquer les raisons pour ne pas croire au lymphadénome. Les lymphadénomes apparaissent dans la jeunesse entre 15 et 25 ans. Ils ont une marche très rapide et envahissent à la fois et les ganglions et les tissus conjonctifs péri-ganglionnaires, donnant lieu à un aspect clinique spécial. Dans les vrais lymphadénomes du médiastin on ne trouve pas d'isolement de la tumeur. Chez notre malade ça ne se présente pas comme cela.

Dans les tumeurs du médiastin on a toujours une dilatation plus grande des vaisseaux du cou, l'étouffement est plus rapide, les crises d'oppression se succèdent plus rapidement. Il se fait des poussées d'œdème du côté du poumon. Les troubles de dysphagie ne se montrent que très rarement dans les tumeurs du médiastin : l'œsophage peut glisser et échapper à la compression. De plus dans les vraies tumeurs du médiastin le sternum n'est pas envahi. Donc je ne crois pas à une tumeur primitive du médiastin.

Mais ce que je crois c'est que ce malade à un épi-

thélioma de l'œsophage, avec envahissement secondaire des ganglions cervicaux. Mais pourquoi ce malade n'a-t-il pas présenté des troubles dysphagiques plus à bonne heure ? N'est-il pas plus logique de croire que la tumeur vienne d'ailleurs, ce qui manifestement expliquerait les symptômes ? L'expérience a démontré qu'une tumeur du médiastin entraîne presque toujours la mort avant que l'œsophage soit atteint ; l'œsophage échappe à la cause de la compression, il file à côté de la colonne vertébrale. Mais quand elle existe, cette compression ne s'accompagne pas de régurgitations, de gargouillement, comme cela se voit dans les rétrécissements œsophagiens. On sait de plus qu'une plaque épithéliale peut rester très longtemps sans manifester rien d'alarmant à l'endroit du siège, mais donner lieu à une adénite secondaire à marche très rapide. Les ganglions sont durs, souvent bosselés, un peu douloureux, très adhérents aux surfaces environnantes, avec tendance à infiltration dans les tissus circonvoisins, et donnent lieu à des crises extrêmement douloureuses quand les nerfs sont englobés dans la substance cancéreuse. Il y a non seulement compression, mais il y a névrite. Le malade aurait laissé passer inaperçus les troubles légers de l'œsophage.

Je me rappelle un cas analogue, il y a 20 ans, le microscope révéla la nature cancéreuse des ganglions et les recherches conduisirent à une toute petite plaque épithéliale de l'œsophage.

Que dire du traitement !... d'une inefficacité désespérante, le traitement est nul. Le malade prend du chlorate de soude, et pour supprimer les spasmes œsophagiens, de la belladone à petites doses.

GLANES CANADIENNES

The Canadian Journal of Medicine and Surgery.

Dans le *Canadian Journal of medicine and Surgery*, du mois d'avril 1901, le Dr A. LAPHORN SMITH rapporte plusieurs opérations pratiquées avec succès au *Samaritan Hospital, Montreal*, entre autres : un cas de rétroversion guéri par ventrofixation ; une salpingite double d'origine blennorrhagique, — opération, guérison — ; l'auteur insiste sur l'urgence de l'intervention dans des cas semblables, et s'élève contre la temporisation de certains médecins qui pour être conservateurs, laissent mourir leur malades, de cachexie, sous l'étiquette de tuberculose intestinale ou de débilité générale.

Hypertrophie considérable du col utérin simulant

l'hermaphodisme : amputation du col et ventrofixation, — guérison.

Fibromes multiples de l'utérus chez une femme de 42 ans — opération, guérison. — La treizième d'une série d'hystérectomie pour fibromes utérins faite avec succès par l'auteur, depuis 1900, d'après la méthode de Greyor-Kelly.

Laparatomie secondaire pour une obstruction intestinale, survenue neuf jours après résection des trompes, — guérison.

Dans le même numéro du *Canadian Journal of Medicine and Surgery*, le Dr EZRA HURLBURT STAFFORD, de Toronto publie un article intitulé : "*Experiments in climatology — The tropical winter*". Expériences en climatology — L'hiver tropical.

L'auteur insiste sur les avantages d'un climat approprié, associé à une bonne thérapeutique.

W. J. D.

The Canadian Practitioner and Review.

Un cas de tic. — Le Dr R. D. RUDOLF, professeur à l'université de Toronto, fait l'historique de cette affection nerveuse et paye un juste tribut à l'École française pour avoir jeté tant de lumière sur la pathologie du système nerveux.

C'est un homme de 51 ans qui fait le sujet de l'observation. C'est un âge bien avancé pour voir se développer un tic nerveux. Le Dr SSinkler n'aurait jamais rencontré de tics passé l'âge de 37 ans.

Toute thérapeutique est restée sans succès.

Dans le même journal, le Dr CLARENCE L. STARR, publie un travail intitulé : "*Tendin transplanting in paralytic deformities*, (anastomose musculo tendineuse pour difformités paralytiques). — Le Dr Starr fait l'historique de cette méthode pour corriger les pieds bots paralytiques, d'abord mise en honneur par Nicolodani, et ensuite vulgarisée par Guldthwait, de Boston. L'auteur termine en rapportant quatre cas opérés par lui avec succès.

Le Dr E. RALPH HOOPER, B. A., démonstrateur d'anatomie et de histologie à l'université de Toronto, publie un travail intitulé : "*A comparison of antiseptics*". — C'est une analyse, un résumé d'un rapport du Bureau de santé du Maine, sur la valeur relative des différents antiseptiques.

L'auteur traite surtout la question au point de vue de l'importance des antiseptiques en chirurgie et de leur pouvoir bactéricide vis-à-vis des microbes pathogènes.

W. J. D.

Revue analytique

Medical Record (23 mars 1901)

Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire. — Opération, guérison. — Dr A. A. Berg, chirurgien adjoint à l'hôpital "Mount Sinai" N. Y.

C'est un enfant de 8 ans qui fait le sujet de l'observation. Mal en train depuis plus d'une semaine, l'enfant n'avait pas été considéré assez malade pour garder le lit. Le matin du jour de son admission, le petit patient est pris soudainement de douleurs abdominales avec un point bien localisé dans la fosse iliaque droite. Pas de collapse au moment de l'ictus abdominale, mais frissons violents et vomissements.

Température 103°, pouls 136, respiration 36, ballonnement considérable du ventre, hypéresthésie cutanée abdominale très marquée, tel est l'état du malade à son entrée.

Une intervention est jugée d'urgence, et à peu près 22 heures après le début des accidents péritonéaux, une laparatomie sous chloroforme met à nu un péritoine, considérablement injecté dans toute son étendue : de la cavité péritonéale s'écoule un liquide séro purulent abondant. L'appendice soupçonné un instant, est soumis à une minutieuse inspection. Malgré la preuve convainquante qu'il n'est pour rien dans le délit actuel, cet organe si sujet à caution est ligaturé et enlevé. La véritable cause est bientôt trouvée, une plaque de Peyer, ulcérée et perforée d'où s'échappe un liquide jaunâtre, vient s'offrir à la main exploratrice. Une double suture à la soie, assure l'occlusion parfaite de l'ulcération et après une toilette soigneuse, le ventre est refermé, excepté la partie inférieure de l'incision, laissée ouverte pour assurer le drainage au moyen d'une mèche de gaz. Les suites de la maladie n'offrent rien de bien important, et la convalescence se fait sans interruption, si ce n'est la suppuration de l'incision.

Le séro-diagnostic ne fut positif qu'à la dix-neuvième journée d'hospitalisation.

L'auteur se déclare en faveur d'une intervention chirurgicale précoce, dès que au cours d'une fièvre typhoïde un diagnostic certain de perforation intestinale peut être posé. Il ne faut pas attendre qu'un malade soit "*in extremis*", et compter sur les forces de la nature, en lui laissant l'incertitude d'une médecine expectante. Il ne faut pas cependant opérer, ajoute l'auteur, si le choc produit par la perforation est assez considérable pour faire craindre que le patient ne puisse supporter celui de l'opération en plus.

Plus l'intervention suit de près la perforation, plus le patient a de chances.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° La fièvre typhoïde n'est pas une contre-indication

à une opération ; car les typhiques supportent une intervention pas aussi bien que les personnes en santé.

2° Il faut tenter le plus tôt possible la suture d'une plaque de Peyer ulcéré et perforée si l'état du malade le permet.

3° Opérer avant la perforation, ne doit pas être pris en considération, car un péritonite localisée indique pas toujours une perforation imminente, de même que la perforation n'est pas toujours suivie d'extravasation. Comme il est impossible de prédire quelle ulcération doit se perforer, une opération faite dans le but de prévenir une telle perforation vaut tout autant que d'éteindre un feu qui n'a pas encore commencé à brûler.

4° Un diagnostic précoce d'extravasation peut être fait, si les symptômes en sont recherchés avec soin.

DEROME.

Revue des journaux

MEDECINE

Comment doit-on actuellement comprendre le syndrome "coliques hépatiques" ?

par le Dr A. KAUFFMANN (Th. Paris).

L'auteur critique et soutient la pathogénie inflammatoire des crises de coliques hépatiques, énoncée à l'étranger par les voix autorisées de Naunyn, Riedel, Kehr, Löbker, mais non encore imprimée en France.

La conception du spasme des voies biliaires sur un calcul en migration a vieilli. La chirurgie a montré fréquemment la perméabilité des voies biliaires au cours d'un accès de coliques hépatiques ; elle a montré aussi que l'obstruction biliaire résultait le plus souvent, 28 fois sur 42, non d'une oblitération calculieuse, mais d'une hypertrophie inflammatoire de la muqueuse du canal.

Enfin le syndrome clinique qu'on désigne communément sous le nom de coliques hépatiques n'appartient pas en propre à la lithiase biliaire ; d'où il résulte qu'il y a des coliques hépatiques non calculieuses à côté des coliques hépatiques calculieuses.

C'est l'envahissement des canaux biliaires par l'infection qui fait passer la lithiase de l'état latent à l'état confirmé et fait apparaître le syndrome de la colique hépatique. C'est l'inflammation cholédo-cystique qui est responsable de la douleur et de l'ictère.

L'auteur rapporte la colique hépatique à répétition aux trois causes suivantes : poussées d'un travail inflammatoire subaigu ou chronique dans la vésicule ou le canal cholédoque ; existence de brides ou d'adhérences autour de la vésicule et des conduits biliaires ; cholécystite scléreuse,

Reprenant les idées d'Andral, Beau, Lancereaux, M. A. Kauffmann admet l'existence d'une colique hépatique nerveuse, d'une hépatalgie, due aux irritations fonctionnelles ou nerveuses du plexus nerveux hépatique.

(*Presse méd. — Gaz. méd. belge*)

Des hémorrhagies dans l'ictère acholurique.

MM. Gilbert et P. Lereboullet (Soc. méd. des hôp.) ont été frappés de la fréquence des hémorrhagies au cours de l'état morbide remarquablement commun qu'ils ont décrit sous le nom d'ictère acholurique simple. Bon nombre d'hémorrhagies, jadis classées sous la rubrique "hémorrhagies essentielles" (épistaxis de croissance, ménorrhagies, etc.) sont, en réalité, souvent sous la dépendance de l'ictère acholurique. Au cours de celui-ci, ils ont observé également des hémorrhagies intestinales, purpura, etc. L'ictère acholurique leur paraît donc créer une prédisposition manifeste aux hémorrhagies de divers ordres.

Parfois ces hémorrhagies dominent le tableau clinique et semble constituer toute la maladie (ictère acholurique hémorrhagique) ; certains des cas désignés sous le nom de chlorose ménorrhagique paraissent rentrer en réalité dans ce groupe. D'autres fois, les hémorrhagies associées aux autres symptômes de l'ictère acholurique (troubles nerveux, troubles dyspeptiques, urticaire, douleurs articulaires, etc.), n'interviennent qu'à titre d'élément secondaire.

Au point de vue pathogénique, ces hémorrhagies paraissent liées étroitement à la cholémie chronique légère qui constitue la caractéristique fondamentale de l'ictère acholurique.

(*L'Ind. méd.*)

L'agent étiologique de la vaccine et de la variole.

par FUNCK (de Bruxelles).

Nous nous sommes proposé, dit l'auteur, de démontrer expérimentalement les faits suivants :

1° La vaccine n'est pas une maladie microbienne ;
2° Elle est causée par un protozoaire qui se retrouve facilement dans toute les pustules vaccinales et dans tous les vaccins actifs ;

3° L'inoculation de ce protozoaire en émulsion stérile reproduit chez les animaux sensibles tous les symptômes classiques de la vaccine ;

4° Cette même inoculation rend les animaux réfractaire à l'inoculation ultérieure de la vaccine ;

5° La pustule variolique renferme un protozoaire morphologiquement semblable à celui de la vaccine.

I. Il est un fait reconnu par la plupart des bactériologistes, c'est que le vaccin subit une auto-purification,

et nous savons qu'après trois mois la plupart des microbes contenus primitivement dans la lymphé glycérolisée ont disparu.

Nous avons étudié sous ce rapport une vingtaine d'échantillons de vaccins d'origine différente. Tous étaient stériles après trois mois de séjour à l'abri de la lumière et en tubes scellés, mais donnaient encore des pustules absolument caractéristiques.

Nous avons constaté que le contenu des pustules provoquées par l'inoculation de cette lymphé purifiée est stérile lui-même et qu'il présente le même aspect morphologique que le liquide des pustules ordinaires de la vaccine.

Il s'ensuit donc que le vaccin privé de microbes (aérobies et anaérobies) donne des pustules spécifiques.

II. L'examen microscopique du vaccin frais, étalé sur un porte-objets et examiné tel quel à un grossissement de 500 à 600 diamètres, permet de se rendre compte que les espaces clairs de la préparation fixée par la chaleur correspondent à l'existence, dans le liquide vaccinal, d'éléments morphologiques très caractéristiques qui ont déjà été signalés antérieurement par L. Pfeiffer (de Weimar) dès 1887.

Ces éléments se présentent le plus souvent sous trois formes bien différentes :

a) Il existe d'abord une forme réfringente d'un vert brillant, régulièrement arrondie, mesurant de 3 à 10 millièmes de millimètre, et présentant sur la platine chauffante à 37° des mouvements lents, mais bien caractérisés ;

b) On constate en second lieu la présence de cellules ovoïdes plus ou moins allongées, qui ont un noyau rejeté latéralement et dont le protoplasme renferme des amas assez régulièrement arrondis de petites sphères d'un vert brillant, analogues aux éléments précédents et mesurant chacune de 1 à 3 millièmes de millimètre de diamètre. Ce sont des cellules épidermiques infectées par le protozoaire ;

c) Enfin une forme qu'on rencontre très fréquemment dans tous les vaccins est représentée par des corps framboisés, véritables *morula*, tantôt arrondis et mesurant 25 millièmes de millimètre de diamètre avec ou sans double contour, tantôt ovalaires et ayant de 30 à 36 millièmes de millimètre de long sur 20 à 25 millièmes de millimètre de large.

Ces éléments sont des kystes (sporoblastes) bourrés de spores, dans lesquels le noyau apparaît comme une tache claire volumineuse, parfois centrale, parfois latérale.

Ils prennent quelquefois un aspect pyriforme : arrondis à une extrémité, ils sont pointus à l'autre. Ils se retrouvent fréquemment dans le contenu des pustules en amas tubulaires plus ou moins allongés, constitués par la réunion de 20 à 40 éléments. Comme nous l'avons dit plus haut, ces trois formes, qui représentent des stades

différents de l'évolution d'un même protozoaire, existent dans tous les vaccins et dans toutes les pustules vaccinales.

Dans les vaccins anciens, on observe surtout la dernière forme, les spores enkystées, tandis que dans les extraits frais des pustules on retrouve principalement la première forme, nageant au milieu des globules du pus.

III. L'inoculation de vaccin stérile au point de vue bactériologique et reproduisant la maladie ne pouvait pas être considérée comme une preuve suffisante.

Nous avons cherché alors à réaliser par un dispositif expérimental simple la démonstration décisive du rôle étiologique du sporidium.

Dans ce but nous avons profité des grandes dimensions des kystes remplis de spores pour les pêcher au moyen d'un fil de platine sur plaque d'agar et les émulsionner dans un liquide stérile. Si, dans ces conditions, nous parvenions à reproduire la maladie, il n'était plus douteux que nous ne fussions bien en présence du protozoaire cherché.

Pour cela, nous répandons à la surface d'une plaque d'agar ordinaire du vaccin stérile ou renfermant peu de microbes. Après vingt-quatre heures de séjour à l'étuve nous déposons la plaque sous le microscope (obj. AA de Zeiss, oc. 2) et, au moyen d'une spatule de platine mesurant 1/10 de millimètre de largeur, nous procédons à la pêche des sporoblastes qui, avec un peu d'habitude, se reconnaissent très facilement.

On émulsionne les spores dans une gouttelette de bouillon et on inocule au veau.

Vers le sixième jour, lorsque l'expérience est convenablement pratiquée, on constate la présence de pustules caractéristiques.

IV. Lorsqu'on inocule à des veaux une émulsion fraîche du protozoaire, on constate que ces animaux sont devenus réfractaires à l'inoculation ultérieure de la vaccine.

Il n'est plus possible d'obtenir la moindre réaction inflammatoire locale, ce qui indique avec certitude que l'animal a bien réellement subi l'inoculation vaccinale par la pénétration intra-épidermique des kystes spécifiques.

V. Nous avons eu l'occasion d'étudier le contenu des vésico-pustules dans plusieurs cas de variole confluente typique.

Les éléments qu'on rencontre dans les vésicules de la variole sont en tout semblables à ceux de la pustule vaccinale.

(La semaine méd. — L'ind. méd.)

CHIRURGIE

Diagnostic différentiel de l'hépatite suppurée.

par Dr BOINET.

I. — Avec d'autres affections du foie :

a) D'après Remlinger, il existe une *hépatite aiguë dysentérique* distincte de l'hépatite suppurée. Son début est brusque, subit ; elle se manifeste par un point de côté intense, par une fièvre oscillant aux alentours de 39° ; par un état gastrique, avec vomissements bilieux et diarrhée, par une augmentation de volume intéressant tout le foie qui, à la palpation, est dur lisse, résistant, sans aspérités ; par des signes de péri-hépatite. La saignée du foie au moyen de ponctions aspiratrices (Remlinger Nimier) entraînerait une guérison assez prompte de cette hépatite qui est sujette à récidives.

En résumé, c'est l'évolution rapide et favorable qui paraît être le principal élément de diagnostic.

b) La *congestion aiguë* du foie se différencie de l'hépatite suppurée, par l'absence, le peu d'intensité ou la cessation rapide de la fièvre ; par la disparition, au bout de quelques jours, des douleurs hépatiques, des troubles gastriques ; enfin par la diminution nette et progressive du foie.

c) Il sera parfois difficile d'établir un diagnostic différentiel soit avec la *congestion chronique* du foie observée, soit chez des dysentériques, soit chez des paludéens, avec accès répétés, soit avec cet état morbide complexe que les Anglais désignent sous le nom de "*torpeur du foie.*" Souvent ces poussées congestives sont prises par les malades et même par les médecins pour de l'hépatite vraie. Les caractères et la persistance de la fièvre ainsi que l'évolution trancheront le diagnostic.

d) Avec un peu d'attention, on évitera de prendre pour un abcès du foie, les diverses variétés de *cirrhoses*, (*hypertrophique, biliaire, graisseuse, veineuse, atrophique*), le *cancer primitif*, massif, central ou le *cancer secondaire* du foie, la *syphilis hépatique*, etc.

e) L'abcès du foie peut aisément être confondu avec le *kyste hydatique suppuré*. Nous avons opéré un résident, venant de Cochinchine, qui présentait tous les signes classiques d'un abcès du foie, avec fièvre rémittente, voussure et fluctuation épigastrique. Le frottement péritonéal était perçu sur une surface large comme les deux mains ; il donnait la sensation de neige, d'amidon froissés ; il était d'une netteté parfaite et d'une intensité anormale. Cependant l'incision de la poche hépatique donna issue à des membranes hydatiques nageant dans un liquide louche, grumeleux, fétide. En suppurant, ce kyste hydatique avait reproduit tout le tableau clinique de l'abcès du foie.

Cependant le kyste hydatique suppuré ne s'accompagne pas de la même courbe thermique que l'abcès du

foie, et s'il est volumineux, il détermine, comme chez notre opéré, une voussure épigastrique ou sous-costale plus saillante, plus rénitente, plus tendue. Il semblait, dans notre cas, que, sous l'influence d'une percussion brusque avec succussion, la main opposée, appliquée à plat, recevait l'impression d'un liquide plus fluide, plus mobile plus vibrant pour ainsi dire contenu dans une poche plus vaste, moins anfractueuse et à parois moins épaisses, plus tendues et plus élastiques. Chez ce malade, il existait un frottement péritonéal plus net, plus étendu, plus sec et plus râpeux que celui que nous avons pu percevoir dans les cas d'abcès du foie. Toutes les données précédentes pourront peut-être servir à éclaircir des cas douteux. Enfin, nous rappellerons que dans le kyste hydatique suppuré, la scapalgie, la migration du pus et l'œdème de la paroi sont rarement observés. En raison de l'épaisseur du kyste adventice qui entoure et isole l'hydatide, il est exceptionnel, dit Tillaux, qu'un kyste hydatique suppuré ; détermine, du côté des téguments le cortège des signes locaux propres aux abcès du foie. Enfin les troubles gastriques, les éruptions, les poussées d'urticaire, l'inappétence pour les matières grasses, l'absence de dysenterie, parfois des hémorragies diverses, puis, à une période postérieure, la dureté, l'indolence, la limitation de la tumeur et le frémissement hydatique permettront d'éliminer le diagnostic d'abcès du foie. La confusion d'un kyste hydatique suppuré, avec une hépatite suppurative, n'a pas de grands inconvénients pour le malade, puisque ces affections sont justiciables de la même intervention chirurgicale.

DIAGNOSTIC DES VARIÉTÉS D'ABCÈS DU FOIE. — Il ne suffit pas de reconnaître l'existence d'abcès hépatiques, il faut encore rechercher à quelle variété ils appartiennent. L'ictère est le symptôme important des *abcès biliaires* : la courbe thermique, les grands frissons, la présence de certains foyers infectieux, etc. caractérisent les *abcès hépatiques* de la *pyohémie*. Enfin, l'*abcès* du foie d'origine *appendiculaire* ou *typho-appendiculaire* (Berthelin), le foie appendiculaire (Dieulesy) seront assez facilement différenciés de l'hépatite dysentérique suppurée. On sait, en effet, que les complications hépatiques de l'appendicite éclatent presque toujours brusquement vers la fin de cette affection, s'accompagnent d'une série d'accès de fièvre, de douleurs hépatiques, avec rapide tuméfaction du foie, d'ictère assez marqué, de vomissements, de diarrhée fréquente. De plus, le foie appendiculaire est transformé en une sorte d'éponge purulente, par suite de la formation d'abcès qu'offrent des dimensions diverses, un aspect souvent aréolaire, renfermant un pus verdâtre, d'odeur fécaloïde, riche en microorganismes semblables à ceux que contiennent les abcès péri-appendiculaires.

(à suivre)

Symptômes et traitement du cancer de l'oesophage.

M. Albu attire l'attention sur un symptôme peu connu du cancer de l'oesophage, notamment les névralgies intercostales. Ces névralgies, généralement gauches siègent à la partie inférieure du thorax, et ne présentent aucun caractère qui les différencierait des névralgies idiopathiques ; mais elle résistent aux révulsifs. Aussi, l'existence d'une névralgie intercostale gauche, rebelle et persistente, doit-elle faire songer à la possibilité d'un cancer de l'oesophage, surtout s'il s'y joint une anémie prononcée, et cela même en l'absence de tout autre symptôme. L'auteur a en effet observé des cas où la névralgie était très précoce. Dans un cas, le diagnostic porté par l'auteur fut confirmé au cours d'une laparotomie faite par un autre médecin, lequel avait de l'estomac. Cette observation est intéressante encore à un autre point de vue : l'examen histologique d'un fragment de tissu ramené par la sonde avait donné des résultats négatifs.

En ce qui concerne le traitement, M. Albu est contre le cathétérisme systématique ; par les traumatismes fréquents et l'irritation continue, ce dernier ne peut que hâter la marche destructive du processus. Il préfère recourir aux aliments liquides, qui peuvent prolonger très longtemps la vie des malades. Il en est de même de l'alimentation rectale. La gastrostomie n'est qu'un *ultimum refugium*.

(Wratch — Gaz. des hôp.)

Sur les avantages de l'intervention systématique d'urgence dans les traumatismes de l'urèthre

M. Carlier (Soc. cent. med. nord.), est convaincu de la nécessité d'intervenir d'urgence dans la plupart des traumatismes urétraux. Les traités récents de chirurgie n'insistent pas assez sur ce point ; il y a là une lacune que M. Carlier comble en se basant sur son expérience personnelle. Dans un cas récent, il a observé, à la suite d'une chute à califourchon, une rupture de l'urèthre avec uréthrorrhagie abondante, et une bien légère ecchymose du périnée dans laquelle le cathétérisme fut extrêmement facile. Malgré la facilité de sondage, M. Carlier ne mit pas de sonde à demeure, comme le conseillent les traités de chirurgie d'urgence : il intervint chirurgicalement, et après une uréthrotomie externe, qui lui montra une déchirure de l'urèthre sur une longueur de 2 centimètres, avec écrasement complet de la paroi inférieure, il pratiqua une uréthrorrhaphie.

Ce cas montre combien est critiquable la division des traumatismes de l'urèthre en cas légers, où les auteurs conseillent d'attendre ; en cas moyens, où la sonde à demeure est préconisée, et en cas graves, où il faut intervenir avec le bistouri.

M. Carlier cite, à l'appui de sa thèse, un autre cas dans lequel, malgré le peu de signes et la facilité du

sondage, il constata, au cours de l'intervention, une déchirure totale de l'urèthre avec un écartement des deux bouts, de 3 centimètres. Il fit une suture de la rupture et évita ainsi au malade les ennuis consécutifs à la cicatrisation et au rétrécissement cicatriciel. Il conclut en déclarant que le chirurgien, après avoir reconnu l'existence d'une blessure de l'urèthre, doit pratiquer l'uréthrotomie externe, suivie immédiatement de l'uréthrorrhaphie. Il ne partage pas la conduite de Delorme qui, dans un premier temps, fait l'incision du périnée pour laisser uriner le malade, et qui, après avoir attendu le temps nécessaire au bourgeonnement, pertique, dans un second temps, la suture de l'urèthre.

M. Moty, qui a observé quelques malades de Delorme, déclaré que, dans certains cas d'urèthres absolument intolérants, ne pouvant supporter la sonde à demeure, le chirurgien ne peut, après avoir ouvert l'urèthre, partir pour la suture. Il en est de même quand la rupture se produit chez un sujet atteint d'uréthrite.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE**Abcès appendiculaire dans la cavité de Douglas.**

M. Schnitzler (Soc. impér.-roy. méd. de Vienne) a constaté que, bien souvent, un abcès appendiculaire de l'espace de Douglas simule une obstruction intestinale ; en pareil cas, on peut être amené à intervenir par la laparotomie — comme il l'a fait 3 fois, avec succès, d'ailleurs, — mais cette voie ne doit pas être délibérément choisie, à cause des dangers d'infection du péritoine auxquels elle expose.

La méthode à préférer lui paraît être l'incision rectale ; il suffit d'ouvrir au point de la paroi antérieure du rectum qui est saillant ; si l'on a soin de s'aider d'un spéculum, on opère sous le contrôle de la vue, par conséquent en toute sécurité. Il a employé ce procédé chez 5 malades avec les meilleurs résultats.

Quand l'abcès siège très bas, il peut être nécessaire d'inciser par le périnée ; mais ici l'intervention est longue et délicate, car il faut aller profondément à la recherche du pus, entre des organes importants ; de 3 sujets qu'il a opérés par cette voie, 2 ont guéri et 1 est mort de péritonite septique ultérieure.

L'incision sacrée, préconisée par M. von Friedländer, a le double inconvénient de demander beaucoup de temps pour la guérison et de ne pas assurer efficacement l'écoulement du pus, l'ouverture de l'abcès ne portant pas sur le point le plus déclive. Quant à la voie vaginale, elle lui paraît constituer une méthode d'exception.

M. R. Frank a opéré 7 malades par la voie périné-

ale ; il estime toutefois que c'est à l'incision rectale qu'on doit avoir recours quand l'abcès est situé très bas. On ne peut pas intervenir par le vagin chez les fillettes, et de plus l'opération vaginale chez les adultes expose à des cicatrices pouvant devenir plus tard un obstacle à l'accouchement. La voie sacrée doit être également rejetée, la guérison par cette méthode exigeant beaucoup trop de temps. La voie périnéale est, en somme, la meilleure : outre qu'elle ne laisse qu'une cicatrice insignifiante, elle permet le drainage de l'abcès dans les conditions les plus favorables.

M. Latzko ne croit pas que la méthode vaginale offre autant d'inconvénients que le dit M. Frank. Il a ouvert par le vagin 30 abcès de l'espace de Douglas : 2 étaient d'origine appendiculaire, les autres avaient leur point de départ dans les organes génitaux ; jamais cette opération n'a été suivie d'une infection utérine. La crainte des cicatrices vaginales ne lui paraît pas non plus fondée ; chez la plupart des malades, la cicatrice est à peine visible et dans aucun cas il ne l'a vue présenter d'inconvénients. M. Latzko incise le vagin longitudinalement pour ne pas blesser les uretères déplacés par l'abcès, et il laisse le drain en place jusqu'à ce que la suppuration soit tarie.

M. Gersuny estime qu'on ne peut pas établir une règle de conduite uniforme pour le traitement des abcès de l'espace de Douglas ; le choix de la méthode opératoire doit être subordonné aux circonstances.

M. Gussenbauer est d'avis qu'il faut, autant que possible, inciser les abcès au point où ils ont tendance à s'ouvrir naturellement ; dans le cas particulier, c'est donc par la voie antérieure qu'il faut intervenir, d'autant que l'on ne sait jamais si l'abcès perçu dans le cul-de-sac de Douglas est le seul, et s'il n'en existe pas un ou plusieurs dans la cavité abdominale.

M. von Friedländer reconnaît que la guérison est plus longue par la voie sacrée ; cette méthode lui semble cependant préférable aux autres, parce qu'elle assure l'écoulement du pus d'une façon plus parfaite : quand le malade est dans le décubitus dorsal, l'incision se trouve, en effet, au point le plus déclive.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Le serum gelatine en gynécologie.

M. Lafond-Grellety a étudié les effets du sérum gélatiné en applications directes dans quelques cas spéciaux de pratique gynécologique.

1° Dans les hémorragies de la grossesse, le tamponnement vaginal simple, même très bien fait, donne des résultats inconstants. Le tamponnement avec une solution de sérum gélatiné semble toujours être suivi de succès ; il est en outre plus facile à pratiquer, plus rapide, et ne peut être exécuté sans remuer la femme de la place

qu'elle occupe dans le lit. Il doit être fait de la façon suivante :

Un premier pansement est appliqué avec 2 ou 3 tampons un peu gros et trempés dans la solution gélatinée chauffée à 37 degrés. Un quart d'heure après, on fait un second pansement semblable au premier, après avoir lavé les parois vaginales avec la solution gélatinée chaude : pour ce lavage, le jet de l'injection doit être modéré, afin de ne pas reproduire l'hémorragie ; les caillots s'écoulent facilement si le spéculum est bien ouvert. Le pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures pendant cinq à six jours.

2° Dans les endométrites et métrites généralisées. — Si la leucorrhée s'accompagne d'écoulement sanglant et si le curetage ne peut être fait immédiatement, on injectera tous les jours, dans la cavité utérine, 5 centimètres cubes d'une solution gélatinée à 10 p. 100, chauffée à 37 degrés. L'injection intra-utérine est suivie d'une injection vaginale faite avec une solution contenant 10 p. 100 de gélatine, et 1 p. 100 d'acide phénique. On appliquera enfin deux tampons d'ouate trempés dans la dernière solution et changés tous les jours.

Ce traitement arrête les hémorragies et les rend moins faciles après le curetage. Il diminue la leucorrhée, mais ne l'arrête pas, au moins d'une façon durable.

3° Dans le curetage de l'utérus (avec ou sans amputation du col). — Le curetage provoque quelquefois des hémorragies. Le plus souvent ces hémorragies ne sont pas graves, mais masquent le champ opératoire et, par l'obligation où l'on se trouve d'arroser largement les cavités utérine et vaginale pour les débarrasser des caillots, ralentissent l'opération. On peut remédier à ces inconvénients de la façon suivante :

Employer une curette du modèle d'Auvard permettant l'irrigation de la cavité utérine en même temps que le curage. L'irrigation est faite avec une solution à 10 p. 100 de gélatine et 1 p. 100 d'acide phénique, maintenue à 37 degrés au moins. L'écoulement du liquide doit être assez lent ; mais, quand le curage est terminé, il est bon d'ouvrir largement le robinet, afin d'obtenir un jet assez énergique pour chasser au dehors les débris de la muqueuse. L'emploi d'une solution gélatinée additionnée d'acide phénique, réalise à la fois l'hémostase et l'antisepsie des régions.

4° Dans les cancers inopérables de l'utérus. — Des tampons imprégnés de la solution gélatinée chaude arrêtent bien les hémorragies. Le point délicat ici est de les retirer sans provoquer un nouveau saignement, car le tampon gélatiné adhère à la muqueuse et doit être enlevé avec certaines précautions.

On ne munit pas les tampons de fils avec lesquels on exercerait une traction dangereuse ; mais il suffit de les arroser avec une solution gélatinée chaude pour qu'il soit ensuite facile de les retirer avec une pince à pansements utérins. Le pansement est fait toutes les douze heures environ. L'emploi du porte-tampon sera prohibé :

cet instrument permet aux personnes de l'entourage de la malade de faire les pansements ; or ceux-ci doivent être pratiqués avec trop de douceur pour être confiés à des mains inexpérimentées.

Ces pansements arrêtent les hémorragies et diminuent les douleurs du cancer.

(G. hebdomadaire de médecine. Bordeaux — Gaz. des hôp.)

PEDIATRIE

Des lavages de l'estomac dans la gastro-entérite des nourrissons.

L'intoxication acide, d'après Terrien, paraît être en rapport avec l'intensité de la diarrhée. La diète hydrique est impuissante à la faire disparaître, tandis que les lavages de l'estomac ont sur elle une influence atténuante manifeste.

L'un des premiers effets de l'intoxication acide, c'est de provoquer une excessive élimination d'azote ammoniacal par les urines. Par l'emploi d'acides minéraux étendus, comme aussi d'acides organiques, on peut arriver à faire disparaître presque complètement l'urée de l'urine qui se trouve alors remplacée par une équivalente quantité de sels ammoniacaux.

Cette élimination excessive d'azote ammoniacal dans la gastro-entérite des nourrissons, fut le principal argument pour admettre l'existence de l'intoxication acide. Celle-ci paraît être d'origine digestive ; elle commence avec la diarrhée et finit avec elle,

Les putréfactions stomacales ou intestinales doivent jouer un rôle des plus importants. Sous leur influence se forment, aux dépens des hydrates de carbone, des acides de fermentation (lactique, butyrique, acétique), et aux dépens des graisses, des acides gras.

Par les lavages de l'estomac on lutte efficacement contre l'intoxication acide, ces lavages enlevant mécaniquement de l'organisme, une certaine quantité d'acide.

Pour se rendre compte du fait, il faut considérer qu'à côté des fermentations digestives, il y a les phénomènes digestifs eux-mêmes dont l'influence sur le titre alcalimétrique du sang est évidente. Or les deux temps de la digestion agissent en sens inverse sur l'alcalinité du sang. Celle-ci augmente trois-quarts d'heure après le repas et redevient normale deux heures et demie après.

En un mot, l'augmentation de l'acidité du suc gastrique a pour corollaire un surcroît de l'alcalinité du sang. Avec la digestion intestinale c'est l'inverse ; l'alcalinité du sang diminue puisque les sucs intestinaux alcalins qui sont sécrétés entraînent un certain nombre de bases. De là une sorte d'équilibre parfait pendant la digestion gastrique et intestinale, puisque l'accroisse-

ment du titre alcalimétrique qui suit la première se trouve compensée par la diminution d'alcalinité qui suit nécessairement l'autre.

Ces phénomènes donnent l'explication de la disparition passagère de l'intoxication acide qu'amènent les lavages.

L'intoxication acide est dangereuse. Un de ses effets, c'est l'altération du système osseux. Dans les cas plus aigus, on voit survenir la dyspnée puis l'état comateux. Ajoutons que l'acidité peut encore engendrer des altérations cellulaires ou des cirrhoses du foie et, peut-être, représente-t-elle un des facteurs des altérations hépatiques signalées dans la gastro-entérite.

(Le médecin — J. méd. de Paris)

Le croup ascendant.

M. Ausset (Lille) (Soc. de péd.) communique l'observation d'un enfant de 5 ans qui, ayant présenté des signes de broncho-pneumonie double, fut prise un jour d'un accès d'asphyxie avec tirage qui nécessita un tubage. Une injection de sérum de Roux fut faite, quoique la gorge fût complètement libre de fausses membranes. La malade, dans une quinte de toux, rejeta son tube avec des fausses membranes bronchiques ; retubée, elle rejeta encore avec son tube de nouvelles fausses membranes ; celles-ci contenaient du streptocoque et du bacille de Löffler. La malade guérit bien.

M. Ausset pense qu'il s'agissait d'une bronchite diphthérique primitive, ayant envahi secondairement le larynx, c'est-à-dire d'un croup ascendant. Les auteurs considèrent que cette espèce de croup se voit surtout dans la diphthérie compliquant la rougeole. Dans le cas actuel, il n'y avait pas eu de rougeole, mais la grippe a été en cause au début.

Cette observation a été un véritable triomphe, et pour le sérum de Roux, et pour le tubage. Dans la diphthérie bronchique, on pourrait être tenté de préférer la trachéotomie au tubage.

M. Richardière estime que la diphthérie bronchique primitive est tellement rare qu'il est nécessaire d'avoir suivi l'enfant depuis longtemps pour savoir s'il n'a pas eu quelque petite fausse membrane amygdalienne ayant précédé l'invasion bronchique.

M. Barbier a, pour sa part, observé plusieurs cas de diphthérie développée primitivement dans les bronches. Il est certain qu'une disposition antérieure des bronches est nécessaire ; c'est dans la rougeole que l'on voit ces cas ; dans la scarlatine, maladie à déterminations gutturales, c'est dans la gorge, au contraire, que frappe la diphthérie. Expérimentalement, il faut léser une muqueuse pour que le Löffler puisse y pousser. Des cas de diphthérie bronchique sont, sans doute, indûment classés comme broncho-pneumonie.

M. Variot considère aussi la diphthérie bronchique

primitive comme exceptionnelle, et bien difficile à démontrer.

M. Sevestre a vu dans un certain nombre de cas, à la suite d'un tubage ou d'une trachéotomie, le rejet de fausses membranes bronchiques. Parfois la gorge est libre, mais il est difficile de savoir s'il n'y a pas eu de fausse membrane antérieurement dans la gorge, ou même actuellement dans les fosses nasales. Mais, au point de vue clinique, il faut bien savoir qu'on peut observer le croup d'emblée, ou la bronchite diphthérique d'emblée sans que rien ait attiré l'attention sur les voies supérieures. C'est surtout fréquent à la suite de la rougeole.

M. Méry. — Quand on fait des examens bactériologiques du mucus des fines bronches d'enfants ayant succombé à des broncho-pneumonies suite de rougeole, on trouve très fréquemment du bacille de Löffler, sans fausses membranes; M. Martin avait même proposé de faire, dans les hôpitaux, des injections préventives de sérum de Roux aux rougeoleux.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

Accidents méningitiques au cours des infections intestinales des enfants.

par M. MULLE. (Th. Paris.)

Les infections intestinales de l'enfant peuvent s'accompagner fréquemment de complications du côté des méninges chez les sujets dont le système nerveux est rendu moins résistant par les antécédents personnels (âge, traumatisme, etc.)

Ces complications revêtent le type aigu ou le type chronique et résultent de la localisation dans le système méningo-cortical des éléments toxi-infectieux élaborés dans l'intestin.

Toutes les formes d'entérite peuvent donner lieu à des accidents, cérébraux; mais, comme le montre M. Mulle, c'est surtout dans les formes d'entéro-colites aiguës (entéro-colite muqueuse de M. Guinon) qu'on voit apparaître des accidents méningitiques consistant en convulsions, tétanie, méningite aiguë avec ou sans hydrocéphalie, hydrocéphalie aiguë.

On doit incriminer presque exclusivement, dans la genèse de ces accidents, l'allaitement artificiel ou l'alimentation vicieuse.

Les manifestations méningitiques surviennent non seulement au commencement, mais aussi dans le déclin et la convalescence des toxi-infections gastro-intestinales.

Le pronostic bénin pour les convulsions, la tétanie et le méningisme (forme atténuée de méningite) devient le plus souvent fatal pour la méningite aiguë ou suraiguë. Celui de l'hydrocéphalie aiguë n'est guère plus encourageant, vu qu'au cas de guérison, il persiste des troubles irréversibles de l'intelligence et de la motricité.

La thérapeutique des complications méningitiques repose surtout sur la balnéothérapie tiède et sur un

traitement anti-toxique. Chacun des accidents nécessite une médication particulière.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

THERAPEUTIQUE

La levure de bière dans le traitement des enterites.

par BLANCHER (Th. Paris).

Entrée depuis quelques années dans la thérapeutique des dermatoses, la levure a été préconisée par MM. Thiercelin et Chevrey dans le traitement des gastro-entériques infantiles. A son tour, M. le Dr Blancher apporte une contribution à l'emploi de ce nouvel agent thérapeutique dans la diarrhée des enfants et des adultes.

La levure fraîche offrant certains inconvénients, entre autres celui d'être difficilement transportable, M. Blancher s'est exclusivement servi de levure desséchée, préparée par M. Carrion, chef de laboratoire de M. le professeur Hayem.

Chez l'adulte, en même temps que la diète ou le régime approprié aux différents états, il a donné la levure en lavement à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche par jour, chaque cuillerée étant délayée dans 150 grammes d'eau bouillie; en même temps par injection le malade prenait 3 fois dans les 22 heures une cuillerée à café de levure sèche délayée dans un peu d'eau.

Chez l'enfant atteint de gastro-entérite, quand la diarrhée résistait au traitement classique, on donnait, après un grand lavage de l'intestin, un lavement contenant une cuillerée à café de levure délayée dans 60 grammes d'eau bouillie tiède, et qui était introduit dans l'intestin de l'enfant au moyen d'une sonde adaptée à une poire. Ce lavement pouvait être renouvelé 2 ou 3 fois dans la journée. Si la diarrhée persistait, on donnait en outre, par la bouche, à 2 cuillerées à café de levure délayée dans un peu d'eau bouillie.

Des observations montrent que la levure administrée par la bouche est plus efficace que par les lavements.

Pour l'influence de ce traitement on note en général chez les enfants, une disparition rapide de la fièvre et une notable modification des selles qui deviennent bientôt normales, en qualité comme en quantité.

Chez l'adulte, la levure a paru de même combattre très efficacement la diarrhée dans les gastro-entérites aiguës et chroniques et dans la fièvre typhoïde. Mais il faut ajouter que cette médication n'a donné aucun résultat dans le traitement de l'entérite tuberculeuse.

Enfin, dans l'entérite muco-membraneuse, on a observé, par le même traitement, la disparition des glaires et des fausses membranes, la régularisation des gardes-

fobes, une augmentation de poids et une notable amélioration de l'état général.

Comment la levure agit-elle dans ces différents cas ?

Pour reprendre la question de Thiercelin et Chevreyl, est-ce en temps d'élément figuré, vivant, susceptible d'étouffer par une pullulation active les autres germes, ou bien agit-elle plutôt par une substance soluble jouissant de propriétés antiseptiques ?

Dans le but de déterminer ce mode d'action, M. Nobécourt entreprit une série d'expériences dont il communiqua les résultats à la Société de biologie.

" Il semble, dit-il, que l'action nuisible de la levure résulte principalement d'une action vitale de la part du végétal ; mais à côté de celle-ci existe une action chimique."

Quoi qu'il en soit de ces intéressantes recherches de laboratoire, il ressort du travail de M. Blanquer que la levure de bière employée par la bouche et la voie rectale, à titre de médication adjuvante, semble très efficace dans le traitement des gastro-entérites infantiles (choléra infantile, entéro-colite aiguë et chronique).

Dans les gastro-entérites aiguës de l'adulte, l'entérite dysentérique, l'entérite muco-membraneuse chronique ainsi que dans les troubles gastro-intestinaux observés au cours de la fièvre typhoïde, la levure a donné de très bons résultats.

Sans doute il est difficile d'affirmer la valeur absolue d'un médicament, lorsque ce médicament s'adresse à des maladies qui assez souvent peuvent guérir d'elles-mêmes.

Mais, étant donné l'arrêt souvent brusque des accidents dans la plupart des observations citées, il faut croire que l'efficacité de la levure dans ces cas ne peut être mise en doute.

Quant à dire comment agit la levure dans l'estomac et l'intestin, si c'est par la pullulation des cellules ou bien par la sécrétion d'une substance microbicide, dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible de se prononcer.

Si le mode d'action de ce médicament est inconnu, par contre sa valeur antiseptique ne fait aucun doute. Or les antiseptiques intestinaux jusqu'ici employés : naphтол, salol, acide lactique, etc., sont le plus souvent impuissants, et peuvent même devenir nuisibles quand l'usage doit en être longtemps prolongé.

(J. de méd. de Paris.)

Le tétranitrol.

M. Huchard entretient l'Académie d'un médicament nouveau (le *tétranitrate d'érythrol*, qu'il appelle *tétranitrol*, par abréviation) et d'une médication : la *médication vaso-dilatatrice et hypotensive*.

Cette médication a une haute importance, puisqu'elle est destinée à abaisser la tension artérielle dans un grand

nombre de maladies : dans la présclérose, l'artério-sclérose confirmée, l'angine de poitrine coronarienne, les douleurs cardiaques, les cardiopathies artérielles, l'uricémie, dans la goutte, le tabagisme, à la suite d'une alimentation carnée intensive (cause fréquente d'artério-sclérose), la néphrite interstitielle, la syncope locale des extrémités, la maladie de Stokes-Adams, dans les anévrysmes.

On obtient l'abaissement de la tension artérielle par les inhalations de nitrite d'amyle, dont l'action est rapide et fugace, par l'emploi de la trinitrine (ou nitroglycérine) dont l'action, moins rapide, se prolonge pendant deux heures au plus. Mais, avec ces divers médicaments, déjà bien connus, on ne parvient pas à abaisser la tension artérielle d'une façon presque continue. Or, les expériences et nombreuses observations de M. Huchard, en accord avec celles de Bradbury et Marshall, démontrent que le tétranitrate d'érythrol (tétranitrol) prolonge son action vaso-dilatatrice et hypotensive pendant quatre ou cinq heures, de sorte que six comprimés d'un centigramme, prescrits chacun à quatre heures d'intervalle réussissent souvent à maintenir ces bons effets d'une façon presque continue pendant vingt-quatre heures. A ces doses, le médicament n'expose à aucun accident, et on peut l'employer que sous forme de comprimés, l'insolubilité presque absolue de cette substance étant un obstacle presque insurmontable à sa mise en solution.

Cette médication est très efficace dans un grand nombre de maladies, surtout dans les affections du cœur où il suffit, parfois, de détendre le frein vasculaire trop serré pour faire disparaître l'imminence d'accidents redoutables. Elle remplace avantageusement et sûrement la saignée, qui ne parvient à abaisser la tension artérielle que d'une façon tout à fait transitoire et presque inappréciable.

(Gaz. des hôp.)

OPHTALMOLOGIE

Des injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène.

par M. E. ROLLET.

Le professeur Courmont, dans sa récente communication sur l'épidémie lyonnaise de variole, a montré qu'à partir du jour où nous avons fait usage de collyres au bleu de méthylène toute ophtalmie, au début, a été jugulée. Ces instillations de bleu de méthylène sur les conjonctives légèrement injectées ont donc constitué une méthode prophylactique des complications oculaires graves que nous avons observées auparavant.

J'emploie ce médicament depuis 1897 à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans les conjonctivites non blennorrhagiques et dans les kératites infectieuses ; il a l'avantage

de ne pas provoquer d'hypérémie conjonctivale comme les sels mercuriels.

Depuis quelque mois je l'utilise en injections sous-conjonctivales et c'est sur ce nouveau mode d'administration que je désire aujourd'hui insister, après avoir rapidement étudié ce que j'appellerai la médication sous-conjonctivale.

Les injections sous-conjonctivales constituent une excellente méthode thérapeutique définitivement entrée dans la pratique ophtalmologique, malgré toutes les objections accumulées par Mutermilch. Secondi leur inventeur et Darieur leur vulgarisateur en France, en ont compris dès le début toute la portée thérapeutique. Toutefois il est à noter que ces injections, destinées à combattre les infections oculaires, sont toujours faites avec le sublimé et l'oxycyanure Hg, sels irritants et douloureux, abandonnés à juste titre dans le traitement hypodermique de la syphilis.

Darieur, pour éviter la douleur, qui est réellement très vive pendant plusieurs heures après l'injection, a préconisé récemment l'emploi de solutions additionnées de cocaïne et d'acéïne. Malheureusement, d'après notre expérience, les phénomènes douloureux ne sont que très légèrement atténués et les signes réactionnels, tel qu'œdème conjonctival ou palpébral, persistent.

Persuadé qu'il y a avantage à abandonner l'adjonction d'analgésiques et à utiliser d'autres sels mercuriels, que nous savons être mieux tolérés par les tissus hypodermiques, j'ai préconisé jadis les injections huileuses de biiodure Hg : elles sont des plus actives dans les ulcères cornéens et les irido-cyclites ; elles ne déterminent qu'une douleur très minime et passagère, sans apparition d'œdème palpébral.

Depuis j'ai essayé une médication sous-conjonctivale très variée et, si j'essaye d'établir un parallèle entre les diverses substances employées, au point de vue de leur tolérance par les tissus, je dirai tout d'abord qu'une solution de quinine n'est pas mieux supportée que l'huile grise et les sels mercuriels insolubles (oxyde jaune, calomel...) ; ces agents provoquent chez le lapin du sphacèle conjonctival et une opacité cornéenne. Le cacodylate de mercure donne, chez l'homme, les mêmes phénomènes que le sublimé et l'oxycyanure Hg ; l'huile au goménol et l'huile au biiodure Hg n'amènent qu'une douleur peu marquée ; le violet de méthyle a l'inconvénient d'une coloration assez persistente... Enfin, l'eau distillée, le cacodylate de soude, le bleu de méthylène ne s'accompagnent ni de douleur, ni d'irritation locale.

Je me déclare très partisan des injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène, sans rejeter complètement celles au cacodylate de soude et au biiodure Hg ; l'avenir nous montrera leurs indications réciproques.

Pour les injections de bleu, nous employons généralement une solution aqueuse à 1/500 : après cocaïnisation de l'œil, l'aiguille de la seringue en cristal de Luër est introduite sous la conjonctive qu'elle accroche et soulève

puis quelques gouttes sont instillées sous la conjonctive malade ou près de la cornée, en cas de kératite. Une petite boule se forme, remplacée aussitôt par une traînée ou une grosse tache bleu. Il n'y a aucune douleur, ni aucune hypérémie conjonctivale périphérique. Quatre ou cinq heures après, toute coloration a disparu et le lendemain il n'est pas possible de dire s'il a été fait une piqûre ; il n'y a jamais d'œdème ni de cicatrice épiscléro-conjonctivale comme injections mercurielles.

Ces injections indolores peuvent donc être faites quotidiennement ; elles nous ont donné d'excellents résultats dans les ulcères cornéens et les kérato-conjonctivites tenaces. Dans les conjonctivites, après la piqûre, on voit les papulo-pustules perdues dans la tache bleue ou soulevées par elle. Dans l'iritis, l'injection me semble agir, quoique je ne l'aie jamais vue pénétrer dans la chambre antérieure et dans les ulcères de la cornée, plus ils se rapprochent du limbe, plus l'injection aura du succès rapide et sûr.

Comment agissent les injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène ? On a avancé que les injections mercurielles avaient une simple action révulsive, nous croyons qu'elles ont un rôle antiseptique, qu'elles modifient le terrain sous-conjonctival et pénètrent dans les interstices de la cornée.

En définitive le collyre au bleu de méthylène est d'un précieux secours dans les infections oculaires externes et l'injection sous-conjonctivale permet de porter l'agent diffusible et modificateur plus profondément dans le tissu.

(Lyon méd.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Séance du 23 avril 1901.

Présidence du docteur HERVIEUX.

M. Dubé donne une lecture très élaborée sur la " Non hérédité de la tuberculose." Il nous réserve pour une autre séance un travail sur la " Curabilité de la tuberculose."

Ont pris part à la discussion MM. Demers, Lecavelier, Lesage, Daigle.

M. de Grandpré, qui vient de laisser Montréal pour retourner aux États-Unis, a lu un travail intéressant : " Considérations générales sur l'alimentation et la thérapeutique infantile."

M. Lesage s'est fait l'interprète des membres de la Société médicale en souhaitant un heureux voyage au confrère et en le remerciant des savants enseignements qu'il a souvent donnés à cette dernière.

M. Saint-Jarques fait une communication sur une autopsie qu'il a pratiquée à l'Hôtel-Dieu. Cette autopsie contribue à démontrer que le sarcome peut se généraliser.

RHEUMÉ.

Travaux Originaux

OSTEOMYELITIS DU TIBIA.

Clinique de M. le prof. TILLAUX.

Messieurs, aujourd'hui nous allons nous occuper d'un jeune homme qui présente un cas difficile. Agé de 31 ans, artiste-peintre.

Antécédents héréditaires très bons. Antécédents personnels : pleurésie il y a 10 ans, qui ne laisse aucune trace. Aspect général, bon.

Il y a 2 ans au mois de juin, le malade ressent une sorte de pincement au mollet. Ces douleurs sont périodiques, commencent vers les 5 heures p. m., durent 2 heures, réapparaissent dans la nuit, et l'empêchent de dormir. Le malade à recours à l'antipyrine pour avoir du soulagement. Il entre à l'hôpital en juillet : un mois de repos, traitement intensif spécifique, pas d'amélioration.

En juillet 1897, M. Olier, de Lyon, refait le traitement antisiphilitique, pas d'amélioration. A la fin d'octobre, M. Olier fait une opération : débridement du périoste, qui est suivi d'un soulagement de quelques semaines.

Rien à la vue, nous fait penser à un néoplasme, la peau est normale. Cependant à l'extrémité inférieure du tibia on aperçoit un peu de gonflement.

La radiographie nous fait voir une tuméfaction sur la surface externe du tibia. Il semble qu'on voit les contours du tibia et que ce que l'on voit est comme surajouté. La radiographie n'est pas bien évidente, mais il semble qu'on voit aussi quelque chose sur le péronée.

Voilà les signes physiques. Rien d'appréciable à l'extérieur, pas de tuméfaction profonde ou superficielle; on voit un léger gonflement, mais on ne le sent pas. C'est la radiographie qui nous le fait voir.

Quels sont les signes physiologiques que ressent ce jeune homme ? Ce sont des douleurs, même intenses. Cette douleur a des caractères surprenants, elle n'est pas continue, c'est à peine si on la réveille par la pression. Il n'y a pas de point douloureux spécial, ces douleurs sont à peu près les mêmes depuis le début ; elles sont caractérisées par une sorte de sensation de brûlure dans la jambe avec des crampes douloureuses dans le mollet. Ces douleurs sont périodiques. En général, elles survien-

nent le soir à 5 heures, durent pendant 2 heures, puis cessent. Elles recommencent à minuit et durent presque jusqu'au matin, le malade peut alors marcher sans trop de douleur.

Qu'est-ce que cette tuméfaction du tibia ? A quoi avons nous affaire ?

C'est difficile à déterminer. Nous pouvons déjà écarter la syphilis, puisque le malade a déjà été soumis à un traitement intensif. Sera-ce de la tuberculose ? Je ne le crois pas, vu la marche de la maladie.

Sera-ce du sarcome sous-périostique ? Cette variété existe bien. Je vous ai fait voir un cas semblable, le jeune homme est à l'âge des sarcomes. Nous devons faire cette hypothèse et la discuter. J'exprime cette crainte parce que nous devons l'avoir. Une nouvelle radiographie nous fera voir si le gonflement a fait des progrès.

On a signalé une périostite albumineuse, je ne sais pas bien ce que c'est que cette variété, et je ne puis vous dire s'il s'agit d'elle ou non.

Le diagnostic auquel nous nous sommes arrêté de préférence l'autre jour, c'étaient des foyers d'ostéomyélite, avec un foyer purulent. Si c'est cela il n'y a rien autre chose qu'une trépanation. On peut certainement songer à cette hypothèse ; certainement cette ostéomyélite peut donner un gonflement. Mais j'ai des objections. Ce n'est pas la douleur de l'ostéomyélite, de l'abcès développé dans l'os.

La douleur peut rayonner dans toute la jambe, mais il y a un point central. Cette douleur peut se révéler la nuit, elle est toujours localisée. Le malade lui-même est très positif sur la localisation de la douleur qu'il ressent. Or ce signe fait défaut chez ce jeune homme.

Si nous n'avions pas la radiographie, nous ne pourrions pas songer à l'ostéomyélite chronique d'emblée. Il y a des signes contraires. Mais à quoi est due cette douleur ? Cette douleur est véritablement la forme névralgiqueforme ; elle est intermittente, brûlure, rayonnante.

Or, messieurs, supposons une coupe transversale de la jambe. Dans l'espace interosseux nous avons une tumeur qui remplit complètement l'espace. Il va se produire certainement une compression sur les organes de cette espace et en particulier sur le nerf tibial antérieur, nous aurons alors l'explication des douleurs névralgiques, et alors nous pourrions écrire névralgie du tibial antérieur, symptomatique, de la jambe gauche, due à une tumeur. Mais quelle espèce ?

Le malade souffre au coup-de-pied, et au mollet. Mais ces douleurs ne sont pas dues à la compression du

(1) Notes recueillies à la Charité, par M. le Dr W. J. Derome, Paris, 26-2-98.

nerf tibial antérieur, j'entends les douleurs du mollet ; le nerf tibial postérieur n'est pas loin. Il est probable qu'il y a des anastomoses entre le nerf tibial postérieur et le nerf tibial antérieur. Ces anastomoses passent à travers l'espace interosseux. Dans cette espace avec une tumeur comprimant le nerf tibial antérieur, il est facile de comprendre les douleurs du mollet par propagation au nerf tibial postérieur, par anastomose.

L'opération sera faite à blanc pour bien voir notre champ opératoire et examiner la tumeur. Ce qui nous permettra peut-être d'éclairer un point de pathogénie obscure pour la clinique.

Opération : "Tumeur gonflant, bord externe du tibia avec foyer de ramollissement presque central. Clivage aux ciseaux et au maillet de cette excroissance osseuse et curettage du foyer ramolli d'ostéite, drainage."

Revue des journaux

MÉDECINE

Cytodiagnostic de la pachyméningite cervicale hypertrophique.

par MM. WIDAL et L. LE SOURD.

La pachyméningite cervicale hypertrophique dont Charcot et Goffroy nous ont donné la description, est souvent d'un diagnostic malaisé. A ses débuts, elle peut être difficile à reconnaître du mal de Pott ; plus tard, elle peut donner le change avec l'atrophie musculaire progressive, et dans certains cas, les difficultés du diagnostic sont augmentées de ce fait qu'une lésion syringomyélique peut se surajouter à la pachyméningite primitive.

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien ponctionné pendant la vie permet de distinguer la pachyméningite cervicale hypertrophique, de certaines affections qui peuvent la simuler. Tandis que dans le mal de Pott, par exemple, le liquide céphalo-rachidien est, comme l'un de nous l'a montré avec MM. Sicard et Ravant, normal au point de vue de la contenance cellulaire, dans la pachyméningite cervicale, au contraire, ce liquide tient en suspension des éléments figurés, comme nous avons pu nous en convaincre, chez une malade actuellement dans notre service.

Les symptômes de la pachyméningite, chez cette femme, se sont déroulés en suivant leur évolution classi-

que. La maladie a débuté, il y a deux ans, par des douleurs de la nuque, survenant par crises avec irradiations parfois jusque dans les bras. Les membres supérieurs ont été successivement frappés de paralysie et d'atrophie. La paraplégie des bras est actuellement à peu près complète et la malade peut à peine se livrer à une ébauche de mouvement d'élévation. Les muscles des bras et de l'avant bras sont diminués de volume ; les deltoïdes sont complètement aplatis. Les membres inférieurs sont intacts ; on constate cependant une exagération des réflexes rotuliens et une légère trépidation épileptoïde.

Le liquide céphalo-rachidien, recueilli par ponction lombaire, était clair comme de l'eau de roche. La centrifugation de 3 centimètres cubes en tube effilé, dans un appareil à tours rapides, a fourni un léger dépôt, composé uniquement d'éléments mononucléés, lymphocytes pour la plupart, mêlés à quelques gros éléments à un seul noyau et à protoplasma plus étendu. Cette formule histologique est, on le sait, celle qui caractérise les processus méningés chroniques.

On conçoit que l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien donne des résultats différents dans la pachyméningite cervicale hypertrophique et dans le mal de Pott. Dans le premier cas, la lésion est intraméningée, et comme on pouvait s'y attendre, le liquide est peuplé d'éléments figurés ; dans le second cas, la lésion est située en dehors du sac arachnoïdo-pié-mérien, et l'on conçoit que le liquide céphalo-rachidien garde sa composition normale, tant que la lésion reste extraméningée. Il y a là, en tous cas, les éléments d'un véritable cytodagnostic.

(Gaz. des hôp.)

De l'amygdalite linguale phlegmoneuse.

On sait que l'amygdale linguale s'atrophie fortement chez l'adulte ; à l'âge de vingt ans, elle finit par être réduite à quelques follicules lenticulaires, très directs, d'une épaisseur moyenne de 2 millimètres, disposés en deux groupes symétriques, relégués dans l'angle postéro-externe de la surface quadrilatère qui forme la base de la langue (Escat). On comprend, par suite, la rareté de l'amygdalite linguale phlegmoneuse, dont la description est toute récente. Aussi M. Joncheray, qui en a soigné un cas, a-t-il publié cette intéressante observation qui lui a permis de résumer ainsi la symptomatologie de la maladie :

"On ne voit rien d'anormal dans le pharynx médian. Mais la langue est immobilisée dans la bouche et pourtant le plancher est souple et il n'y a aucun symptôme d'angine de Ludwig. Il n'y a pas d'empatement du cou, mais une douleur localisée à la grande corne de l'os hyoïde, et souvent à des ganglions ; la douleur irradie souvent à l'oreille correspondante. Au toucher, le doigt provoque sur l'amygdale malade une douleur très vive, bien localisée, et il sent l'amygdale très grosse et abcédée

ou en voie d'abcéder. Enfin le miroir achève le diagnostic. Il y a dysphagie et odyndragie, surtout pour les solides. Il n'y a dyspnée qu'au cas d'épiglottite intense et d'extension au larynx, complication très rapidement grave."

Le traitement varie avec les auteurs. Certains préfèrent l'expectation et attendent que l'abcès s'ouvre de lui-même. D'autres disent qu'il faut inciser le plus tôt possible avec un bistouri laryngien. M. Joncheray a pris un moyen terme. Avec les pinces d'Escat il a morcellé les parties les plus saillantes, qui sont aussi les plus fluides, et drainé ainsi l'abcès ; puis il a fait une toilette fréquente de l'amygdale et du bas pharynx.

(Arch. méd. d'Angers — Gaz. méd. belge)

Appendicite chronique.

par M. RASTOUL (Th. Paris).

M. Rastoul, élève de M. Walther, étudie l'état chronique appendiculaire jusqu'ici confondu trop souvent avec l'appendicite à répétition, et que M. Walther a particulièrement bien mis en relief.

La symptomatologie de cette affection est essentiellement caractérisée par des phénomènes douloureux et des troubles gastro-intestinaux qui, suivant leur groupement ou suivant la prédominance de quelques-uns d'entre eux, sont susceptibles de faire porter les diagnostics les plus différents et les plus erronés.

C'est donc une symptomatologie qu'il importe de bien connaître et de savoir rechercher à l'occasion.

Le diagnostic d'appendicite chronique une fois posé il faudrait théoriquement opérer le malade le plus tôt possible.

Dans la pratique, parce que cette forme d'appendicite a peu de tendance à la perforation, on fera bien, suivant le conseil de Walther, de soumettre d'abord le malade à un régime sévère qui lui fera se reposer les organes qui peuvent être malades et qui permettra aux lésions appendiculaires de bien se mettre en relief.

Si malgré le traitement, les phénomènes douloureux persistent, si les troubles digestifs ne disparaissent pas et que le diagnostic d'appendicite chronique reste nettement posé, il ne faut pas hésiter proposer l'intervention.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Des suites éloignées des méningites cérébro-spinales aiguës,

par M. A. CHAUFFARD (Soc. méd. hôp.)

Nous savons, par les faits nombreux observés dans ces dernières années, que les méningites cérébro-spinales aiguës ont un pronostic immédiat moins grave qu'on ne

le pensait et guérissent dans une proportion des cas relativement élevée.

Mais sur leur pronostic éloigné, sur leurs suites tardives, les documents font défaut, et la question n'a même, jusqu'à présent, été ni posée ni examinée.

Un fait que je viens d'observer est, à cet égard, des plus instructifs.

Un jeune homme de 17 ans entre le 29 octobre dernier à Cochin, au 3e jour d'une méningite cérébro-spinale aiguë typique, avec fièvre, pouls alternativement ralenti et accéléré, raideur de la nuque et du rachis, signe de Kernig très net, vomissements, herpès labial, douleurs des membres paroxystiques et cruelles, subdélire, strabisme.

Au 6e jour de la maladie, on obtient, par ponction lombaire, 3 centimètres cubes d'un pus épais, jaune-verdâtre, amicrobien, riche en leucocytes polynucléaires.

Après des alternatives de recrudescence et de rémission, le malade quitte Cochin le 10 novembre, achève sa convalescence chez lui et reprend vers le 15 décembre son métier de menuisier.

Le 26 février, j'ai pu le revoir et l'examiner. Il était absolument guéri par complète *restitutio ad integrum*. Etat des muscles, des réflexes, des sensibilités, des sphincters, des appareils sensoriels, tout était redevenu normal. Le signe de Kernig avait entièrement disparu. Aucune trace d'une lésion secondaire persistante de la moelle ou du cerveau, et cela après plus de 2 mois et demi de complète guérison.

Tout au plus pouvait-on noter un peu de faiblesse des réflexes pupillaires et rotuliens.

Une pareille constatation fait un contraste singulier avec la gravité des accidents cliniques observés, avec la nature purulente du liquide retiré par ponction lombaire.

Elle étonne moins si l'on réfléchit que l'infection, dans les tas de ce genre, semblent purement sous-arachnoïdienne et péri-axiale. La pie-mère ne participe au processus que de dedans en dehors, en fournissant l'apport nécessaire à la défense phagocytaire, par réaction inflammatoire pour ainsi dire centrifuge.

Nous savons qu'il en va tout autrement dans les méningites tuberculeuses, dans les fièvres typhoïdes ou varioles à déterminations nerveuses. Ce sont des méningo-encéphalites, des méningo-myélites que l'on observe en pareils cas, et dont les lésions histologiques ont été bien des fois décrites. Les observations ultérieures montreront si, comme je le crois, l'intégrité cérébro-spinale est la règle après la guérison des méningites cérébro-spinales aiguës.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Diagnostic différentiel de l'hépatite suppurée.

par Dr BOINET.

(Suite)

II. — Il faut encore éviter de confondre un abcès du foie avec la *colique hépatique*, l'*abcès*, l'*hydropisie*, les *tumeurs de la vésicule biliaire*, la *cholécystite suppurée*.

III. — L'hépatite suppurée aiguë peut parfois offrir, surtout à son début, l'aspect clinique de maladies infectieuses, s'accompagnant de fièvre et d'ictère, telles que la *fièvre bilieuse hématurique*, la *fièvre hémoglobinurique*, certaines *manifestations aiguës de l'impaludisme*, la *fièvre continue palustre*, la *fièvre rémittente bilieuse*, dont nous avons observé un grand nombre de cas dans le Haut Tonkin, où elle est encore désignée sous le nom de *fièvre des bois*. Dans ces derniers cas, la rapidité de l'évolution la gravité de l'état général, une plus forte élévation thermique, une moindre rémittence, la fréquence et l'abondance des épistaxis, l'intensité de l'ictère, la douleur et la tuméfaction uniforme du foie et de la rate qui dépassent de quatre à cinq travers de doigt le rebord costal, l'adynamie, etc., ne permettront guère de songer à une hépatite suppurée aiguë à forme typhoïde.

Ces variétés cliniques, assez rares du reste, ont pu parfois être prises pour la *fièvre typhoïde*, pour certaines *granulies* s'accompagnant de phénomènes typhiques. Dans le premier cas, le séro-diagnostic, et dans le second, le type inverse de la courbe thermique, l'état de la poitrine, la présence de bacilles de la tuberculose dans les crachats, etc., feront disparaître toute hésitation.

IV. — Il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel de l'abcès du foie, soit avec des affections *douloureuses de l'abdomen*, telles que la *gastralgie*, la *gastrite*, l'*ulcère de l'estomac*, soit avec des *lésions* s'accompagnant d'une *augmentation de volume* de certains organes abdominaux (*cancer de l'estomac*, *tumeurs et inflammations du pancréas*; *tumeurs, hydro-néphrose, abcès du rein, pyélo-néphrite suppurée* ordinairement *calculuse*), soit avec l'*anévrisme de l'aorte abdominale* ou les *pulsations épigastriques* de cette artère. On est plus exposé à commettre des erreurs de diagnostic entre l'abcès du foie et certaines *péritonites localisées* dans les régions sus-ombilicales, sous-hépatiques, surtout si elles sont enkystées et suppurées. La même remarque s'applique aux *phlegmons sous-péritonéaux*, *périnéphrétiques*, *péri-hépatiques*, ou *pyothorax sous-phénique*.

Le *phlegmon du muscle grand droit* peut parfois en imposer pour un abcès du foie et vice-versa. C'est ainsi que nous avons vu, au Tonkin, trois cas d'abcès du foie, formant une voussure avec œdème et empatement à l'épigastre, surtout au niveau des insertions du muscle droit. Une incision, pratiquée chez le premier malade

montra l'existence d'adhérences fortes et étendues entre le foie et la paroi abdominale et donna issue à un pus crémeux, louable, malgré la rapidité de l'évolution de l'abcès du foie. Dans les deux autres cas, l'évacuation du pus se fit spontanément dans le colon et rendit toute intervention inutile. Dans les cas douteux, il ne suffit pas de plonger un trocart dans la collection purulente. Si l'abcès ne siège que dans la paroi abdominale, l'extrémité périphérique de l'instrument reste immobile; elle exécute des mouvements de pendule et elle bascule lorsqu'on a pénétré dans le foie. Le même procédé d'exploration permet aussi de savoir si le pus est collecté au-dessous du diaphragme.

V. — L'abcès du foie s'accompagne aussi de troubles respiratoires et de manifestations thoraciques nécessitant parfois un diagnostic différentiel avec la *pleurésie* la *pneumonie*, la *tuberculose*, etc.

Nous rappellerons que la *pleurésie diaphragmatique* est caractérisée par une dyspnée plus brusque, plus vive, par une douleur plus intense, plus soudaine, par la présence du bouton diaphragmatique, du point scalénique et, plus tard, par la forme de la matité, par l'exagération de l'obliquité des dernières côtes, etc., etc.

La *pleurésie purulente* se distingue de l'abcès de la face convexe du foie par la matité parabolique de haut en bas et d'arrière en avant, etc., la pectoriloquie aphone, l'écartement des quatrième, cinquième, sixième, septième espaces intercostaux, la direction très oblique en bas des dernières côtes qui sont entraînées par l'abaissement du diaphragme, et, plus tard, par l'aplatissement et par le retrait des côtes vers la région moyenne, avec déviation du rachis.

De plus, la ponction exploratrice précise le diagnostic. Si le trocart a pénétré dans la plèvre, il n'est pas déplacé par l'inspiration, il ne s'agit pas d'une pleurésie. Enfin, dans les collections sous-diaphragmatiques, la pression manométrique augmente pendant l'inspiration et diminue pendant l'expiration. Quand la matité inférieure s'abaisse de deux centimètres, sous l'influence d'une inspiration forcée, on peut conclure à l'absence d'un épanchement sus-diaphragmatique. Les caractères du pus constituent aussi un précieux élément de diagnostic.

La pleurésie purulente peut exister avec une hépatite suppurée, sans communication entre la plèvre malade et le foie abcédé. Le diagnostic de ces deux affections simultanées est difficile.

L'expectoration lie de vin, couleur brique ou chocolat, est caractéristique de l'ouverture d'un abcès du foie, à travers la plèvre, dans le poumon. L'examen microscopique montre la présence des cellules hépatiques dans le pus et permet d'éliminer le diagnostic de *vomiques* pleurales ou pulmonaires, de grandes cavernes ou de bronchiectasie. Nous avons vu une série de faits de ces abcès du foie dits *expectorés*. Il est rare qu'ils guérissent spontanément. Dans un cas, l'incision de la poche hépatique, avec large résection costale, fut nécessaire.

Ce malade a une santé parfaite depuis plus de cinq ans.

Règle générale, il sera facile de distinguer un abcès du foie expectoré ou non, d'une *pneumonie* de la base droite, soit à sa période d'engouement ou d'hépatisation rouge, soit à sa phase d'hépatisation grise. Parfois l'abcès du poumon consécutif à une pneumonie a pu en imposer pour un abcès du foie.

Enfin, il suffit souvent de songer aux analogies cliniques qui peuvent exister entre la *tuberculose pulmonaire* et l'abcès du foie, pour éviter une erreur de diagnostic. Cependant, il est parfois assez difficile de distinguer un tuberculeux à cavernes peu nettes et avec gros foie, d'un malade cachétique qui expectore le pus d'un abcès du foie. Le diagnostic peut encore rester hésitant entre une tuberculose pulmonaire au début, avec foie volumineux, et une hépatite refoulant le poumon droit, de façon à entraîner une modification des signes stéthoscopiques.

Il peut arriver aussi qu'un abcès, proéminent fortement sur la face convexe du foie, refoule le poumon au point de provoquer l'apparition de signes pseudo-cavitaires au niveau du sommet du poumon droit.

(Marseille méd.)

Les abcès blennorrhagiques de la prostate et leur traitement.

par LAMOLE. (Thèse de Toulouse.)

L'auteur conclut : la blennorrhagie est le plus souvent la cause des abcès de la prostate. Il est cependant rare que le gonocoque se trouve dans leur pus. Il faut distinguer et reconnaître l'existence d'un véritable abcès blennorrhagique, collection purulente développée dans le tissu conjonctif de la glande. Dans tous les cas qui nous intéressent, le point de départ de la lésion est canaliculaire. Au point de vue du traitement, il faut essayer de vider les abcès prostatiques par la pression intraréctale. Si cette tentative échoue, on ouvrira par le périnée. Le traitement de la plaie a une très grande importance ; afin d'éviter les trajets fistuleux, il faut tamponner soigneusement et maintenir un drainage profond de manière à ce que l'oblitération de la cavité commence dans ses parties profondes.

(Indep. méd.)

GYNÉCOLOGIE

Qu traitement des divers genres de dysménorrhées.

La thérapeutique de la dysménorrhée constitue un point important et en même temps délicat de la pratique médicale, attendu qu'elle varie en raison des causes as-

sez multiples qui peuvent produire les troubles dysménorrhéiques. Parmi ces causes, les plus importantes sont, d'après un gynécologue berlinois, M. le docteur Düvelius, les déviations utérines, l'endométrite et les affections des trompes et des ovaires.

Le traitement de la dysménorrhée due à une déviation utérine diffère également suivant qu'il s'agit d'une rétroflexion ou d'une antéflexion de l'utérus.

Dans le premier cas, il suffit généralement de redresser l'organe au moyen d'un pessaire pour faire cesser ou pour atténuer les douleurs menstruelles : le sang extravasé dans la cavité de l'utérus peut, dès que celui-ci est redressé, se déverser librement dans le vagin ; dès lors la congestion des parois utérines se dissipe, le volume de la matrice diminue et la sensation de pesanteur dans le ventre, ainsi que les coliques utérines, ne tardent pas à disparaître.

Les troubles dysménorrhéiques liés à une antéflexion de l'utérus résistent davantage au traitement ; cependant, M. Düvelius a réussi souvent à les enrayer en pratiquant des sondages de la matrice dans les périodes intermenstruelles et en ayant fréquemment recours à une manœuvre qui consiste à refouler en arrière le corps de l'utérus avec une main qui presse au-dessus de la symphyse pubienne, pendant que l'index de l'autre main, introduit dans le vagin, appuie d'arrière en avant au niveau du point d'union du corps et du col de l'utérus.

Parmi les affections de la muqueuse utérine qui provoquent des troubles dysménorrhéiques, celle qu'on rencontre le plus fréquemment est l'endométrite interstitielle, caractérisée cliniquement par une sécrétion relativement peu abondante, ainsi que par l'extrême sensibilité de l'utérus à l'égard de la sonde. Les douleurs menstruelles dues à cette variété d'endométrite sont parfois si violentes qu'il est nécessaire de les calmer par les narcotiques. Comme moyens curatifs, on s'adressera aux cautérisations intra-utérines avec des préparations iodées et astringentes et, dans les cas rebelles, au curettage de la muqueuse utérine.

La dysménorrhée d'origine tubaire se distingue également par sa violence et exige souvent l'emploi des injections hypodermiques de morphine. Quant au traitement proprement dit, il doit viser le relâchement et la résorption des adhérences péritonitiques. Dans ce but on prescrira des injections vaginales chaudes et des suppositoires qu'on formulera comme suit :

Ichtyol..... 0 gr. 35 centigr.

Beurre de cacao..... 2 grammes.

Mélez. Pour un suppositoire. Faites vingt suppositoires semblables. — Introduire un suppositoire chaque soir au moment du coucher.

A ces divers moyens on ajoutera le massage de la trompe lésée, mais seulement si l'on est sûr qu'il n'existe pas de collections purulentes, sanguines ou séreuses, et que la salpingite n'est pas d'origine blennorrhagique. Lorsqu'on se trouve en présence de ces complications, il

faut s'abstenir du massage et il ne reste plus alors qu'à pratiquer l'ablation des trompes et des ovaires.

Les dysménorrhées d'origine ovarienne sont très fréquentes ; elle peuvent être dues à une oophorite, c'est-à-dire à une véritable lésion inflammatoire de l'ovaire avec ou sans retentissement péritonéal, soit à une simple névralgie ovarienne, survenant sous l'influence de la congestion cataméniale. Le traitement palliatif exige dans les deux cas l'emploi des narcotiques, ainsi que l'application, sur la région ovarienne, de glace ou de compresses mouillées recouvertes d'un tissu imperméable pour combattre les douleurs toujours très vives au cours de la période menstruelle. Le traitement curatif de la dysménorrhée liée à l'oophorite comprend l'usage des bains de siège, de l'électricité, du massage, des injections iodées chaudes et des suppositoires à l'ichtyol. De tous ces moyens, c'est encore le massage pratiqué avec douceur, pendant les périodes intermenstruelles, qui a le mieux réussi à M. Düvelius, surtout dans les cas où l'ovaire avait contracté des adhérences. En effet, notre confrère est parvenu chez nombre de malades, grâce au massage, à libérer l'ovaire des adhérences qui l'immobilisaient et le comprimaient et à obtenir ainsi soit une disparition complète, soit une atténuation notable des douleurs. Dans les cas d'oophorite non compliquée, les effets du massage ont été moins favorables.

Pour ce qui concerne les ovarialgies menstruelles non inflammatoires, on sait que leur traitement est des plus difficiles et que même la castration ne débarrasse pas toujours les malades de leurs douleurs, qu'elle ne fait parfois que déplacer. La grossesse paraissant, d'après les observations de M. Düvelius, exerce une influence favorable sur ces ovarialgies en mettant temporairement au repos l'organe malade, notre confrère conseille de ne pas s'opposer au mariage des jeunes filles atteintes d'ovarialgie menstruelle, pourvu que cette dernière ne soit pas compliquée par l'existence de troubles hystériques graves.

Tels sont les divers genres de dysménorrhée qui peuvent être rattachés à des lésions de l'utérus et de ses annexes. Mais, en dehors des troubles dysménorrhéiques de cause locale, il y a lieu d'admettre encore l'existence d'une variété particulière de dysménorrhée dues à des altérations morbides de l'état général et que l'on rencontre fréquemment chez les jeunes filles anémiques et chlorotiques.

Dans cette forme de dysménorrhée, on obtient souvent de bons résultats par l'emploi de l'antipyrine, et de la phénaéline et surtout du viburnum prunifolium. M. le docteur G. Schwarze (de Berlin) a vu survenir dans dix cas la guérison complète de cette dysménorrhée, grâce à l'usage de l'extrait fluide de viburnum, administré pendant les cinq ou six jours qui précèdent les règles. Les exercices physiques sont aussi un excellent moyen de traitement des troubles dysménorrhéiques dont il s'agit ; en effet, M. Schwarze a souvent constaté qu'il suffisait

aux malades de monter à cheval ou de se livrer à l'exercice de la danse quelques jours avant l'époque présumée des règles pour que la menstruation s'effectuât sans douleur. On recommandera donc à ce genre de malades tous les exercices qui exigent une dépense considérable de force musculaire, tels que l'équitation, la danse, les longues promenades à pied, surtout dans les montagnes, et la gymnastique en général.

(*Rev. des mal. des fem. — Gaz. gyn.*)

—•••—

**De la métrite hémorragique envisagée comme signe
premonitoire de tuberculose pulmonaire ou
comme symptôme de lésion cardiaque.**

M. Vincent attire l'attention de la Société de médecine sur les faits suivants :

On voit quelquefois les jeunes filles ou les jeunes femmes atteintes de métrorragies qui ne sont pas explicables par la chlorose ni par le lymphatisme. Le traitement médical échoue. On a recours à un traitement chirurgical qui consiste d'abord en un curetage léger. Ce traitement reste souvent lui-même inefficace, et il faut en arriver à des badigeonnages d'iode, de perchlorure de fer et de chlorure de zinc. Chez un certain nombre de ces malades on voit survenir plus tard une tuberculose pulmonaire qui évolue et entraîne la mort.

M. Vincent, en présence de ces faits, eut l'idée de faire examiner les fongosités utérines, extraites par curetage, au point de vue bactériologique. Or de divers examens pratiqués les uns par M. L. Dor, les autres par M. Paviot, il résulte que ces fongosités renferment des éléments tuberculeux caractéristiques. Donc l'anatomie pathologique confirme l'hypothèse clinique de la nature tuberculeuse de la lésion utérine provocatrice des métrorragies rebelles.

M. Vincent rapporte quelques observations, entre autres celle d'une jeune femme présentant les apparences de la santé la plus parfaite et qui peu de temps après son mariage fut atteinte de métrorragies incoercibles. On diagnostiqua à Paris un déciuome malin. En janvier 1900, M. Vincent fut appelé à lui donner des soins. Il lui fit un curetage et retira des fongosités qui renfermaient des cellules géantes. Il lui fit ensuite des cautérisations au chlorure de zinc. En juin, les métrorragies étaient arrêtées, et tout semblait rentré dans l'ordre. La malade vint de succomber à une péricardite tuberculeuse aiguë.

Dans un autre ordre d'idées, M. Vincent a observé aussi des métrorragies chez des femmes obèses qui n'avaient pas d'inflammation utérine, et chez lesquelles on ne retrouvait dans les antécédents ni avortement, ni blennorrhagie, ni aucune cause d'infection. Ces femmes ont été reconnues ultérieurement atteintes d'affections cardiaques.

(*Gaz. méd. belge.*)

OBSTÉTRIQUE

Du fœticide thérapeutique.

par M. ALAIN (Th. de Bordeaux).

M. Alain étudiant le fœticide thérapeutique conclut en disant que le fœticide est un acte par lequel on provoque la mort du fœtus à une époque quelconque de la gestation.

Aucune loi civile ni religieuse ne défend le fœticide thérapeutique, c'est-à-dire pratiqué dans le but de sauver la mère, ces lois sembleraient plutôt le prescrire.

On ne doit y recourir cependant qu'au cas de nécessité absolue, alors que le médecin est convaincu que l'intérêt de la mère en dépend.

Il est à désirer que cette opération disparaisse au plus tôt de la pratique obstétricale. Mais il serait imprudent d'interdire, même au cas de viciations pelviennes, dans certaines circonstances dont l'accoucheur est seul juge.

L'accoucheur devra, autant que possible, réunir une consultation avant de prendre une telle décision.

Il ne devra, en aucun cas, passer outre au refus de la femme de laisser pratiquer sur elle une opération chirurgicale.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

[Inutile de signaler les lois catholiques à ce sujet. N. D. L. R.]

Embryotomie à lambeau.

Lorsque, dans les présentations de l'épaule, la version par manœuvres internes est rendue impossible par la rétraction de l'utérus tétanisé sur le fœtus, par l'écoulement de tout le liquide amniotique, par l'engagement de la présentation, lorsque, et un mot, ou à l'affaire à une présentation de l'épaule négligée, il ne reste plus comme dernière ressource à l'accoucheur que l'embryotomie. L'embryotomie cervicale, la section du cou constitue l'opération classique.

Ce mode de faire n'est pas sans présenter quelques inconvénients. Si l'extraction du tronc et des membres inférieurs s'opère facilement à la suite de tractions sur le bras procident, il peut arriver que la sortie de la tête restée dans la cavité utérine présente de réelles difficultés.

C'est pour parer aux difficultés que la main ou les instruments rencontrent dans quelques cas à l'extraction de la tête dernière après la section du cou, que M. J. Gourdet (de Nantes) a imaginé un procédé d'embryotomie, qu'il appelle "embryotomie à lambeau". Il a eu deux fois l'occasion d'y avoir recours, et les deux fois il en a obtenu d'excellents résultats. Ramener l'accouche-

ment au mécanisme de l'évolution spontanée, tel est le but de l'embryotomie à lambeau. Quant au manuel opératoire, voici la description que l'auteur nous en donne dans la *Gazette médicale de Nantes* :

Des ciseaux de Dubois-Pinard, un crochet mousse, des pinces à traction fortes sont les instruments nécessaires.

Par des tractions sur le bras procident, on exagère l'engagement de l'épaule. L'opérateur introduit alors la main gauche et, avec elle, va coiffer le moignon de l'épaule, le pouce sur la clavicule, les autres doigts sur l'omoplate, ou inversement, suivant l'épaule qui se présente. Avec la pointe des ciseaux tenus de la main droite et guidée par la main gauche, on sectionne la peau entre le pouce et l'index de la main-guide. Cela fait, une des branches des ciseaux est introduite dans l'orifice supérieur du thorax, tandis que l'autre reste en dehors. Sous la conduite de la main qui empêche cette branche externe des ciseaux de léser l'utérus, on sectionne à petits coups d'un côté la clavicule et les arcs antérieurs des côtes, de l'autre l'omoplate et leurs arcs postérieurs. L'aide, continuant une traction modérée, écarte, et engage de plus en plus le lambeau scapulo-thoracique ainsi découpé : il est bon, en effet, de se reprendre de façon à avancer à peu près autant sur les parois antérieure et postérieure de la poitrine.

Il faut s'efforcer de sectionner la colonne vertébrale le plus bas possible, dans les dernières vertèbres dorsales ou au niveau de la première lombaire.

Lorsque les parois costales et le rachis sont totalement coupés, on donne quelques coups de ciseaux dans le diaphragme et la paroi abdominale antérieure, pour supprimer la rigidité de la paroi.

L'évolution s'achève alors assez facilement : on peut l'aider par des tractions sur le siège à l'aide du crochet mousse. Après l'extraction du tronc, on peut ou bien sectionner le pédicule qui réunit les deux lambeaux, si on ne l'a déjà fait, ou bien laisser le corps pendant entre les cuisses de la femme.

Grâce à la longueur conservée de la tige rachidienne et à la présence du bras adhérent, le lambeau supérieur devient très facile à extraire. On abaisse aisément le bras restant, et les manœuvres de Mauriceau ou de Champetier s'exécutent dans des conditions absolument normales. Si le bassin est rétréci ou le col contracturé, la tête pouvant être bien fixée, l'accoucheur a beaucoup plus de facilité pour la réduire avec le basiotribe.

(J. GOURDET. *Gaz. méd. de Nantes — Gaz. des hôp.*)

De l'auto-infection (post partum) due à des lésions utérines et peri-utérines antérieures à la grossesse.

par M. GILLÉ (Th. de Nancy)

Un certain nombre de microbes, entre autres le streptocoque, le staphylocoque et le gonocoque, peuvent

persister pendant longtemps à l'état latent dans d'anciennes lésions des organes génitaux. Certaines conditions, en particulier le traumatisme obstétrical, peuvent réveiller la virulence de ces microbes ; malgré l'antisepsie la plus parfaite de la voie muqueuse, la voie sanguine et la voie lymphatique restent ouvertes à l'infection, ce qui permet d'expliquer l'infection *post partum* généralisée ou localisée. Prévoyant la possibilité de ces accidents infectieux, l'accoucheur devra, pendant la grossesse, faire en sorte d'obtenir une guérison radicale des lésions de l'appareil génital, et au moment de l'accouchement, prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter le réveil *post partum* du microbisme latent.

(Ibid)

THERAPEUTIQUE

Traitement de quelques hémoptysies.

par M. LEMOINE.

Dans les *hémoptysies tuberculeuses* le premier soin du médecin doit être de prescrire le repos absolu (interdiction des mouvements brusques, décubitus horizontal, le corps bien allongé, la tête légèrement relevée), et de condamner le malade au plus rigoureux silence. Au point de vue hygiénique, il faut éviter de trop couvrir la poitrine du malade, de crainte de le fatiguer : par contre, l'abdomen et les jambes peuvent être largement couvertes, car la transpiration et la chaleur à ce niveau aident à produire la dérivation. La chambre du tuberculeux sera largement aérée, la fenêtre entr'ouverte, de façon à ce que l'air extérieur ne vienne pas frapper directement le malade.

Comme alimentation, pendant toute la durée de l'hémoptysie, les aliments à digestion facile (laitage et œufs battus) seront prescrits : la viande ne convient pas à la période active de l'hémoptysie, de même que tous les aliments solides dont la digestion peut provoquer un travail stomacal notable, et, par là même, de la congestion de voisinage.

Au point de vue thérapeutique, il faut distinguer les hémoptysies fébriles des hémoptysies apyrétiques. Ces dernières ont, en général, peu de gravité, et il suffira de quelques moyens simples, tels que les bains de pieds tièdes dont la température sera progressivement élevée pendant dix minutes environ. Lorsque l'hémoptysie paraît devoir être de longue durée, on peut commencer de suite par le lavement purgatif du Codex. Bain de pied et purgatif ont pour but d'attirer le sang vers les extrémités et l'abdomen. Il convient encore de leur ajouter la révulsion *loco dolenti*, d'abord au sommet, puis à la base du poumon, à l'aide de sinapismes répétés plusieurs fois par jour.

Si l'on tient à agir à l'intérieur, on donnera la préfé-

rence à la quinine et à l'ergot de seigle associés. Comme boisson, la limonade sulfurique, l'eau froide additionnée de quelques gouttes d'eau de Rabel seront avantageusement prescrites. L'alcool est absolument contre-indiqué.

Lorsque l'hémoptysie est fébrile, il faut, en fait de révulsifs, se contenter d'envelopper les membres inférieurs de coton iodé ou de faire tremper les mains du malade dans de l'eau très chaude. Mais ensuite, que faire pour arrêter l'hémorragie ?

L'ergotine ne doit pas être employée dans tous les cas : elle n'agit pas de même sur tous les vaisseaux, et son influence est moindre sur les capillaires peu musclés du poumon que sur les vaisseaux de l'utérus. De plus par la vaso constriction qu'elle détermine, elle augmente encore la tension sanguine dans tout le territoire congestionné. L'ergotine doit être réservée lorsque tout autre moyen a échoué ou lorsque, après avoir arrêté l'hémorragie, on veut parer à son retour. A l'ergotine on préfère souvent l'ergotinine de Tanret, moins douloureuse et d'effets plus rapide :

Ergotinine..... un centigramme.
Acide lactique..... x gouttes.
Eau distillée bouillie..... 10 grammes.

Commencer par un quart de seringue.

Laënnec et Grisolle, dans les cas d'hémoptysie persistante, prescrivait souvent le tartre stibié. M. Lemoine formule ainsi :

Tartre stibié..... cinq centigrammes.
Sirop diacode..... 40 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges. 60 —

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

Dans des cas analogues, Trousseau préférerait l'ipéca, que l'on peut donner ainsi :

Poudre d'ipéca..... 2 grammes.
Sirop d'ipéca..... 40 —
Sirop diacode..... 60 —
Sirop d'écorces d'oranges.... 30 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures ; lait dans l'intervalle, et ceci jusqu'à état nauséux.

Cette médication affaiblit moins les malades que le tartre stibié.

Dans les cas d'hémoptysie de la troisième période, il faut employer l'ergotine, qui resserrera énergiquement et rapidement le vaisseau rompu. L'hémoptysie arrêtée, employer comme précédemment l'ipéca ou le tartre stibié.

Quel traitement appliquer aux *hémoptysies arthritiques* ?

User de révulsifs légers, et comme la congestion pulmonaire est probablement liée à une accumulation de toxines dans l'organisme, chercher à provoquer la diurèse en prescrivant les sels de lithine à dose de 2 grammes en vingt-quatre heures, la digitale à dose de 80 à 50 centigrammes, la tisane d'uva ursi ou de stigmates

de maïs. Cette médication sera continuée un certain temps. La vie au grand air, l'hydrothérapie, l'hygiène conseillée aux arthritiques seront ensuite recommandées aux malades.

Les *hémoptysies supplémentaires*, bien que rares, sont incontestables. Elles seront traitées de la façon suivante: tous les jours un bain de pieds court, mais très chaud; chaque soir, une pilule d'aloès de 10 centigrammes. Enfin, la veille du jour où les règles vont apparaître' appliquer une sangsue à la partie supérieure de chaque cuisse, pour tenter un mouvement fluxionnaire vers l'utérus. Ces moyens simples réussiront dans la plupart des cas.

(Nord méd. — Gaz. des hop.)

HYGIENE

Etude sur l'influence de la durée du travail quotidien sur la sante generale de l'adulte.

par Mlle SACHNINE. (Thèse de Lyon.)

Mlle Sachnine admet que la fatigue à la suite d'un travail physique prolongé est un phénomène d'auto-intoxication dû aux substances engendrées par le travail lui-même et qu'il est infiniment probable que, dans le travail intellectuel, les phénomènes de fatigue sont également dus aux produits de régression lancés dans le torrent circulatoire.

Dans la fatigue physique due aux travaux manuels trop prolongés, il y a non seulement des phénomènes de la fatigue périphérique, localisés dans les muscles et les terminaisons nerveuses, mais encore dans les centres nerveux. Un travail mental après les travaux physiques ou inversement, des exercices physiques après un long travail intellectuel, ne peuvent servir de repos: l'organisme humain demande alors un temps déterminé de repos absolu.

Les travaux physiques mettent fortement en jeu l'appareil circulatoire; ils élèvent la pression sanguine, augmentent considérablement le nombre de battements cardiaques. Si les efforts musculaires sont excessifs ou prolongés, ils peuvent à la longue provoquer des modifications fonctionnelles et organiques dans le cœur, ainsi que dans les vaisseaux. L'hypertrophie et la dilatation du cœur, les phénomènes d'artério-sclérose généralisée en sont les manifestations les plus fréquentes.

La morbidité et la mortalité sont beaucoup plus élevées dans les classes laborieuses. La mortalité moyenne dans la classe ouvrière, comparée à celle des autres classes de la société, est élevée surtout à partir de 35 à 40 ans, c'est-à-dire à l'âge où les fatigues du métier l'emportent sur l'endurance et la résistance de l'individu, quelle qu'ait été au début la puissance physique de ce dernier.

Le développement corporel des ouvriers de fabriques est en retard par rapport à celui des autres classes de la société.

Mlle Sachnine conclut de ses études qu'il paraît physiologique de consacrer deux heures de repos à chaque repas principal de la journée, et de ne pas prolonger chaque période de travail au-dessus de quatre heures.

Les statistiques des accidents démontrent aussi que dans la cinquième heure du travail, l'organisme atteint insensiblement un tel degré d'épuisement que l'attention faiblit considérablement.

L'influence nuisible d'une longue journée de travail se répercute non seulement d'une façon immédiate sur ceux qui travaillent, mais aussi sur leur descendance, et menace la vitalité et le développement de toute la race. Le travail excessif et les longues journées sont une des causes favorisant puissamment l'alcoolisme.

Aussi l'auteur conclut-elle à la limitation de la journée de travail à une durée maximum de huit heures dans toutes les branches de l'activité humaine, et particulièrement dans toutes les industries, où aux conditions ordinaires du travail s'ajoutent des circonstances aggravantes, comme le jeune âge, le sexe féminin, les risques professionnels, les poussières irritantes.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

PEDIATRIE

La teigne tondante chez l'enfant.

par M. GAUCHER.

Nous allons étudier aujourd'hui l'affection connue sous le nom de *teigne tondante*; comme vous le savez déjà, c'est la manifestation de la présence du *trichophyton* sur le cuir chevelu de l'enfant; vous savez aussi qu'elle peut être due à deux parasites: au *trichophyton mégalosporum endothrix* et au *trichophyton mégalosporum ectothrix*. C'est une affection spéciale à l'enfance, et elle est exceptionnelle au dessus de l'âge de 15 ans.

Comment se manifeste-t-elle? Au début, on voit apparaître sur le cuir chevelu de petites plaques teintées, érythémateuses, c'est-à-dire déterminant une réaction inflammatoire: elles sont assez irrégulières, squameuses, et se recouvrent, sur leurs bords, d'une matière blanche; elles provoquent des démangeaisons plus ou moins marquées, suivant l'état nerveux du sujet; ces plaques s'agrandissent peu à peu et se réunissent par confluence; habituellement, plusieurs plaques de dimensions variables d'âges différents, apparaissent par auto-inoculation: il se forme une plaque principale autour de laquelle se produisent des plaques satellites.

Quelles sont les régions du cuir chevelu où on les rencontre le plus souvent? Par ordre de fréquence, on

peut citer : la nuque, la région mastoïdienne, les tempes, le sommet de la tête, mais elles peuvent occuper toutes les parties du cuir chevelu.

A cette époque du début, la lésion est recouverte de squames ; ces squames sont mêlées d'une matière granuleuse de couleur blanche, constituée par des amas de spores, lorsqu'il s'agit du microsporium.

Bientôt, le follicule pileux est envahi : le parasite pénètre dans le cheveu non pas latéralement, mais il descend dans le fond du follicule et remonte dans le cheveu ou à sa périphérie, suivant qu'il s'agit d'endothrix ou d'ectothrix.

A cette période, qu'on pourrait appeler période d'état, les plaques sont nettement limitées, légèrement saillantes, infiltrées, accompagnées d'un épaississement du derme sous-jacent, arrondies, couvertes de squames fines, sèches, et quelquefois de petites croûtelles.

Quel est, Messieurs, l'aspect et l'état des cheveux sur ces plaques ? Tout d'abord vous voyez des poils ternes, décolorés ; puis, à cet aspect succède une friabilité particulière : le poil devient tellement friable qu'il se casse ; il se casse à une certaine distance du follicule et tombe. Les plaques ainsi dénudées de poils sont rugueuses et ressemblent véritablement à une tonsure, d'où le nom de *teigne tonsurante* quelquefois donné à cette maladie.

Ces plaques présentent un aspect un peu différent, suivant qu'il s'agit de microsporium ou de mégalosporium endothrix.

Dans la teigne à petites spores, produite par le microsporium, les plaques, multiples dans les deux cas, sont généralement plus petites et plus nombreuses que dans la teigne à grosses spores ; la plaque principale est moins étendue, le cheveu est grêle, atrophié, mais cassé moins court que dans la teigne à grosses spores, et à trois millimètres environ du follicule.

Dans la teigne à grosses spores, les plaques sont moins nombreuses, la plaque principale est plus étendue, plus grande, et elle est entourée d'un nombre beaucoup moins considérable de plaques satellites.

Les cheveux sont gros, irréguliers, encore plus friables que dans les cas précédents, cassés très courts ; c'est surtout cette forme qui ressemble à une tonsure. Parfois, dans ce dernier cas de teigne à grosses spores, l'alopecie est complète sur les plaques : celles-ci sont dénudées comme des plaques de pelade, d'où le nom de plaques peladoïdes ; elles sont dues au tricophyton mégalosporium endothrix, à mycelium fragile.

Ces différences cliniques ne sont pas constantes, de sorte que l'examen microscopique est indispensable.

Si vous arrachez un cheveu suspect, irrégulièrement noueux, renflé, quelquefois crevasé, et si vous l'examinez au microscope après l'avoir traité par une solution de potasse à 40 pour 100, vous le voyez tantôt rempli de spores assez volumineuses, disposées en chapelets parallèles ; l'extrémité est subdivisée, ses fibres sont écartées

et séparées comme celles d'un pinceau ; tantôt au contraire il est irrégulier aussi, et cette irrégularité, ces bosselures ne sont pas dues à des spores, mais au dépôt de spores à la surface du cheveu, qui est engagé par elles.

Dans le premier cas, on est en présence du tricophyton mégalosporium endothrix, et dans le second, il s'agit de microsporium.

Ces deux variétés offrent un caractère commun : le bulbe du cheveu est déformé, atrophié, aplati, quelquefois même il est complètement détruit.

Telle est la teigne tondante sous forme de plaques de dimensions variables.

Au lieu de ces plaques isolées, limitées, la teigne peut se présenter sous une forme disséminée, diffuse ; tantôt sous l'aspect de petites plaques minuscules, disséminées sur tout le cuir chevelu, sans aucune prédilection pour l'une des parties précédentes ; ces plaques sont squameuses et les cheveux ternes, décolorés : tantôt, dans d'autres cas, il n'y a même plus de plaques, mais une desquamation fine, diffuse, répandue sur toute la tête ; les cheveux sont ternes, décolorés et friables de place en place.

Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre forme, cette affection reste exclusivement une affection du cuir chevelu ou du poil, sans aucun trouble général ; en effet, peu ou pas de prurit, aucun trouble de la santé générale, quelquefois cependant, exceptionnellement toutefois, un peu d'anémie.

Mais, Messieurs, il peut y avoir chez les enfants des complications locales sur le cuir chevelu, qui dénaturent l'aspect de la maladie : les infections pyogènes sont dans ce cas, ainsi que la séborrhée pytiriasique, caractérisées par des squames abondantes, sèches, qui recouvrent tout le cuir chevelu et qui peuvent faire méconnaître la teigne sous-jacente ; dans d'autres cas c'est une éruption eczémateuse qu'on observe, avec suintement croûteux.

(J. de méd. de Paris.)

La rhinite purulente des enfants, cause d'infection de l'adenite cervicale.

par COBB.

Une enfant de cinq ans, bien portante, est atteinte de diphtérie à deux ans et a un coryza purulent ; deux ans plus tard, les amygdales hypertrophiées et des adénoïdes sont enlevées ; un an après, il y a encore du coryza purulent et une adénite cervicale apparaît. L'auteur fait remarquer qu'on a le plus souvent le tort de ne pas rechercher la cause des adénites cervicales. Aussi, souvent, l'opération n'est-elle suivie d'aucun résultat.

Un coryza purulent chronique a d'ordinaire sa source dans une sinusite, sauf s'il y a corps étranger, esquille osseuse par lésion tuberculeuse ou syphilitique. C'est

donc à traiter ce coryza, s'il est en cause, qu'on devra d'abord s'attacher et si on en vient à l'ablation chirurgicale de ganglions on n'en traitera pas moins la lésion causale pour prévenir l'infection d'autres ganglions.

(*Boston Med. Journ. — Méd. orient.*)

Traitement de l'appendicite.

M. Kirmission (Soc. pédiatrie) attire l'attention sur un point particulier du traitement de l'appendicite chez les enfants.

Un fait que M. Kermission signale tout d'abord, c'est que l'appendicite s'observe bien plus souvent à l'hôpital Trousseau qu'à l'hospice des Enfants-Assistés. La raison de cette différence réside peut-être dans le régime des enfants assistés.

Pour ce qui est du traitement de l'appendicite aiguë, M. Kirmission n'est pas partisan de l'intervention à chaud. Il met le malade à la diète et donne de l'opium, puis aussitôt que la fièvre est tombée et que l'état s'améliore, il a recours aux évacuants sous forme de lavements qu'il fait donner tous les jours. Il évite ainsi l'encombrement intestinal qui, d'après lui, est la cause de tous les accidents infectieux et de la plupart des complications qu'on observe au cours de l'appendicite. Depuis qu'il a adopté cette façon de faire, les malades guérissent vite et sans présenter de complications.

M. Le Gendre insiste sur ce point qu'au début de l'appendicite la diète doit être absolue, c'est-à-dire hydrique et exclusivement hydrique. Pour soutenir les forces du malade, on peut avoir recours aux injections sous-cutanées de sérum artificiel.

M. Villemin, qui a observé trois cas d'hématémèse au cours de l'appendicite, ne donne pas d'opium, mais met simplement le malade à la diète hydrique.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

Le point du cote abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires aigues de l'enfance.

M. L. Guinon insiste sur ce fait bien connu des médecins d'enfants, c'est que le point de côté de la pneumonie, de la pleuro-pneumonie chez les enfants siège plus bas que chez l'adulte, dans le flanc, ou dans la fosse iliaque. *Les enfants ont le point de côté dans le ventre.* Dans un cas que rapporte M. Guinon, ce point de côté put être pris pour le point de Mac Burney et faire songer à une appendicite.

On doit donc en conclure avec M. Le Gendre que "le point le plus important dans l'exploration de la fosse iliaque, quand on soupçonne une appendicite, n'est pas la constatation du point un peu schématique de Mac Burney, mais qu'il faut tenir compte, au moins autant

sinon plus, de la défense musculaire, des modifications du son de percussion, etc.," pour ne parler que de signes locaux.

(*Rev. des mal. de l'enf. — G. des hôp.*)

Affection cerebrale curable de nature indeterminee chez les enfants.

M. Oppenheim (Soc. méd. berlinoise) a eu l'occasion d'observer, chez un certain nombre d'enfants de huit à treize ans, une affection cérébrale revêtant la symptomatologie des tumeurs de la zone rolandique — au point que, pour quelques-uns de ces petits malades, l'opération avait été considérée comme nécessaire par plusieurs médecins — et qui, cependant, guérit spontanément ou sous l'influence d'un traitement purement médical.

Un des enfants en question fut pris d'abord de céphalalgies affectant la région frontale et le vertex et de fréquents vomissements; puis survinrent des accès consistant soit en secousses dans la moitié droite de la face et dans le bras droit, avec déviation des yeux et de la tête vers la droite et aphasie transitoire, soit en attaques de paresthésie; souvent les secousses s'étendaient à toute la moitié droite du corps et il y avait perte absolue de connaissance. Au bout de dix huit mois environ, on constata une névrite optique, avec parésie accentuée du facial et du bras droits et légère aphasie motrice. On institua un traitement ioduré et bromuré, qui amena bientôt une amélioration considérable, et actuellement, depuis près de six ans, cet enfant se maintient en bonne santé.

Dans cinq autres cas, le tableau morbide de l'évolution de la maladie furent très analogues.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'une forme spéciale de méningo-encéphalite tuberculeuse localisée, analogue à ce que MM. Chantemesse et Combe ont observé chez des adultes et décrit sous le nom de "plaques de méningite tuberculeuse".

(*L'Ind. méd.*)

Cinqueme assemblee semi-annuelle de la Societe Medicale Francaise du New Hampshire, 17 avril 1901.

Mon cher Rédacteur,

La Société Médicale Française du New-Hampshire, désirant célébrer l'ouverture du nouveau siècle, par une assemblée extraordinaire, avait invité à y prendre part tous les médecins canadiens des états de la Nouvelle-Angleterre. Sir William Hingston et le Dr L. A. Demers — tous deux éminents professeurs à l'université Laval, de Montréal — avaient eu la gracieuse obligeance de bien vouloir se rendre à l'invitation de la Société et venir nous donner chacun une conférence sur des sujets de première importance.

Plusieurs des confrères disséminés dans les différents états de l'Etat se firent un devoir et en même temps un plaisir de venir rencontrer leurs anciens professeurs, et entendre encore une fois leurs voix si autorisées. Parmi ces vaillants, qui se rendirent à notre appel, je dois mentionner les Drs Omer LaRue, Putnam ; J. C. Leclair, Danielsonville, et T. Morrissette, Warren, R. I. ; J. O. Chenevert, et R. R. Ménard, Biddeford Me. ; Adelard Bazin, T. J. Dorion, C. Tessier, L. Z. Lajoie, Haverhill, Mass. ; J. A. Gagnon, R. Mignault, Lowell, Mass. ; Joseph Bédard, Lynn, Mass ; Emile Poirier, Salem, Mass ; C. Ménard, Holyoke, Mass. ; O. S. Ménard, J. A. La gassé, A. W. Petit, C. Valcourt, J. A. Charest, Nashua, N. H. ; N. Leduc, Somersworth, N. H. ; Emile Saint-Hilaire, J. Thériault, Concord, N. H., et plusieurs autres dont les noms m'échappent.

A l'assemblée du matin, qui s'ouvre sous la présidence du Dr A. W. Petit, six médecins de l'état du New-Hampshire furent élus membres de la Société.

Les mêmes officiers furent réélus pour l'année 1901 :
Président : Dr A. W. Petit, Nashua : vice-président Dr J. E. C. Lanouette, Manchester ; Secrétaire : Dr E. A. Sylvain, Manchester ; Trésorier : P. G. Laberge, Manchester ; Comité exécutif : Drs N. E. Guillet, A. A. E. Brien, J. Thériault ; Conseillers : M. A. Lavallée, L. M. Togus, J. E. Lemaître, Emile Saint-Hilaire, C. G. Valcourt.

Après le dîner, tous les médecins, tant visiteurs que ceux de la ville, se réunirent à la maison du club Joliet, qui avait été généreusement mise à la disposition de la Société pour cette circonstance. Après que chacun eût renouvelé connaissance avec les vieux copains d'autrefois et que l'on se fut donné une franche poignée de main, le Dr L. A. Demers nous donna une conférence sur " La cause la plus fréquente de la mort après cinquante ans, — l'artério-sclérose et ses effets sur les organes les plus importants de la vie. Inutile pour moi de dire que le savant professeur fut écouté avec une attention soutenue, car vous qui l'avez souvent entendu, savez fort bien que rien ne s'échappe de ses lèvres qui ne soit digne d'être gravé dans la mémoire, afin qu'un profit en soit fait plus tard.

Il fut suivi du vénérable et savant professeur sir William Hingston, dont la réputation comme chirurgien éminent est aussi répandue aux Etats-Unis que dans le Dominion. Pendant plus d'une heure il nous intéressa en nous parlant des tumeurs de l'abdomen, de leur diagnostic, en procédant surtout par la méthode d'élimination, et de la manière la plus convenable et la plus pratique de questionner le malade.

A la clôture de l'assemblée, avant que les membres se fussent dispersés, une motion fut faite, pour que sir William Hingston fut élu président honoraire, et le Dr L. A. Demers, vice-président honoraire. Motion qui fut adoptée à l'unanimité.

Le soir, tous les médecins visiteurs furent conviés à

une grande soirée, en l'honneur de nos conférenciers distingués, donnée par les membres de la Société, chez le Dr N. E. Guillet, qui avait bien voulu mettre sa maison à la disposition de la Société. Inutile de vous dire, mon cher Rédacteur, que la plus grande gaieté, et cet esprit de bonne camaraderie si naturel chez le médecin, n'ont cessé de régner pendant cette réunion, qui s'est prolongée jusqu'à une heure avancée de la nuit.

Communiqué.

FORMULAIRE

MÉLANGE CONTRE LES DOULEURS PRÉMENSTRUELLES.

Codéine.....	$\frac{2}{3}$ grain.
Chloral.....	15 —
Bromure d'ammonium.....	15 —
Eau camphrée.....	1 once.

A prendre en une fois en se couchant.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

TRAITEMENT DU RACHITISME.

(M. MARFAN.)

Gomme adragante.....	2 drachmes.
Solution de lacto-phosphate de chaux du codex à 50 p. 1000.	5 onces.
Sirop de phosphate de chaux du codex à 50 p. 1000.....	12 —
Huile de foie de morue.....	17 —
Zeste de citron.....	5 drachmes.

4 cuillerées à café chez les nourrissons avant la tétée ou au moment des repas.

(Ibid.)

ELIXIR POLYBROMURÉ.

Bromure de potassium.....	8 gr.
Bromure de sodium.....	8 gr.
Bromure d'ammonium.....	8 gr.
Alcool à 90°.....	24 gr.
Teinture de gentiane.....	3 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères	120 gr.
Eau Q. S. pour.....	200 cc.

F. s. a. Une cuillerée à bouche représente sensiblement 2 gr. du mélange des 3 bromures.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

Travaux Originaux

TUBERCULOSE PERITONEALE DE L'ENFANCE.

Clinique de M. le prof. MARFAN (1)

Messieurs,

Voilà un petit malade qu'autrefois on n'eut pas manqué de regarder comme atteint de ce que l'on appelait "Ascite essentielle" je vous dirai pourquoi plus tard.

C'est de la tuberculose péritonéale de l'enfance.

Histoire de la maladie. — C'est un enfant qui a été pendant trois ans en nourrice à la campagne. Il n'a jamais eu, pendant ce temps, une santé bien florissante.

Ses parents le ramenèrent chez eux à trois ans. Il commença à engraisser. Il était bien depuis quelque temps, lorsque petit à petit, l'enfant maigrit, perdit l'appétit, puis un beau jour il se plaignit de douleur dans le ventre — puis commença à avoir de la diarrhée.

Il a mené quelque temps cette existence pénible.

Il y a quelque temps son ventre s'est ballonné, la fièvre l'a pris."

Sa mère nous dit qu' "il lui semblait que tous les soirs il avait la fièvre.

Il était dans cet état quand on nous l'amena.

En effet, voici la planche de température. On voit que tous les soirs la température s'élève.

Examen. — Je vous ferai remarquer la forme globulaire arrondie régulièrement du ventre.

L'ombilic est un peu déprimé. La base du thorax est évasée, les fausses côtes sont écartées, les bourses sont œdématiées. Aujourd'hui elles le sont moins qu'elles l'étaient.

Je vous ferai remarquer que les jambes ne présentent aucun œdème comme dans certaines cirrhoses, ou maladies du cœur, etc.

Le ballonnement du ventre semble constitué toute la maladie, avec l'amaigrissement de l'enfant. Vous voyez qu'il est pâle.....

Il présente dans l'aîne, les aisselles, le cou, des ganglions fibreux qui roulent sous le doigt comme des grains de plomb, ce qui prouve que l'enfant s'est infecté, que l'infection a été généralisée dans l'économie ce qui aggrave le pronostic.

Si nous examinons le thorax. En arrière la percus-

sion — l'auscultation ne nous révèle rien — au point de vue de la tuberculose.

Un léger, très léger frottement à la base nous indique qu'il y a un léger degré de pleurésie...

Ceci est très habituel, accompagnée en règle générale ce genre d'ascite.

En avant?... rien qu'une légère matité du sommet gauche. Au cœur?... Rien.

Ventre. — 1° Palpation. On ne trouve nulle part quelque chose de résistant... masses, ou gâteaux péritonéaux... Aucune apparence de tumeur. Il est indolore.

2° Percussion. Il présente (ventre) les caractères de l'ascite. La sonorité du creux épigastrique s'étend un peu jusqu'au dessus de l'ombilic et décrit une concavité supérieure lorsque l'enfant est sur le dos.

Si on le fait changer de position le liquide se déplace. Couché sur le côté gauche, le flanc droit devient sonore. Sur le côté droit, le gauche à son tour devient sonore sur une ligne horizontale.

Cet œdème des bourses indique un obstacle à la circulation veineuse : la dorsale et les honteuses.

Que va devenir cette ascite ?

Elle peut augmenter, diminuer et disparaître, par le traitement. Il est rare que ça augmente au point de nécessiter la ponction.

Dans près de la moitié des cas, l'ascite persiste durant deux, trois, quatre mois.

Il y a de l'amaigrissement, de la diarrhée.

L'ascite diminue peu à peu.

Donc ici elle peut guérir.

Il peut y avoir des récidives. Alors nous n'avons plus de raison de ne pas appeler un chirurgien si la récidive se renouvelle. Il faut faire la laparotomie.

La tuberculose, ou plutôt la bacillose péritonéale guérit.

M. Poncet eut un jour à soigner une femme ascitique. Il fait la laparotomie et trouve que l'ascite est due à la tuberculose. L'épiploon coupé, ensemené reproduit la bacillose.

Cette femme devint bien portante. Elle eut une éventration deux ans après. On fait l'opération, on trouve le péritoine très sain. Donc elle était guérie.

La tuberculose infantile évolue normalement vers la guérison, mais malheureusement les choses ne se passent pas toujours ainsi.

Quelquefois elle augmente, elle persiste. Il y a tentance à la diarrhée. Des gâteaux tuberculeux se forment.

(1) Notes recueillies à la l'hôpital des Enfants Assistés, à Paris, par M. le Dr Henri Lamber.

On remarque au palper des gâteaux d'empâtement. Le bacille a formé des masses fibro-caséuses.

Cette forme est très grave mais peut guérir comme chez l'adulte par la chirurgie.

Il y a une forme d'ascite tuberculeuse essentielle de la grande enfance.

Traitement. 1ère partie.

Ce petit a encore de la fièvre.

1° Nous l'avons mis au repos.

2° Une pommade au gaiacol sur le ventre. (On sait que le gaiacol abaisse la température, que c'est un anti-thermique anesthésique.

3° Nous avons réalisé l'antiseptie intestinale par le benzoate de naphthol et le sous-nitrate de bismuth.

Si l'ascite augmente beaucoup, au point de gêner l'état général, nous ferons une ponction.

Pour terminer ce que nous allons faire comme traitement, nous allons le tenir au repos, empêcher qu'il marche, se fatigue trop.

Aération permanente, régime des tuberculeux, alimentation autant que les voies digestives le permettent : Lait, œufs, pulpe de pommes de terre.

Traitement médicamenteux. — Glycérophosphates de chaux, 20 à 25 c.c. tous les matins ; sirop iodotannique, une cuillerée à dessert tous les jours.

Localement. — Traitement de Guéneau de Mussy. Laver le ventre et le badigeonner de teinture d'iode, puis recouvrir de collodion élastique.

Cette cuirasse immobilise, insensibilise et fait résorber.

On laisse l'épiderme se reformer avant d'en remettre une autre.

Quelques médecins mettent des vésicatoires, des pointes de feu.

Soigner les symptômes. Constipation, diarrhée.

J'espère qu'en quelques mois cet enfant sera en pleine convalescence, nous n'aurons pas besoin alors de recourir à la chirurgie.

2ième partie. *Traitement chirurgical.* — 1° Ponction ; 2° Laparatomie.

Ponction simple suivie d'injection. Matière injectée : eau boriqué, naphthol camphré.

Ces injections ne donnent que des espérances.

Laparatomie. — Des chirurgiens ayant ouvert le ventre pour des tumeurs ont trouvé de la tuberculose, l'ont refermé et ont vu souvent la guérison s'en suivre.

Un médecin anglais, Spencer Wells, s'est trouvé dans ce cas le premier (ou un des premiers).

Des faits semblables ont fait croire que peut-être c'était là la méthode de choix. Comment s'opère la guérison ?... Les chirurgiens n'ont pas d'idées fermes là-dessus.

FORMES.

C'est de la péritonite tuberculeuse généralisée, va s'en dire.

Généralisée.	}	<i>Aiguë</i> : Laissons de côté la forme aiguë...
		<i>Chronique</i> : 1° Ascite tuberculeuse des grands enfants.
		2° Fibro caséuse. Succède à la forme ascitique : opérable.
		3° Forme fibro adhésive à la suite de l'ascite : opérable.

C'est à l'aide de ce tableau qu'il faut discuter l'opportunité d'une opération.

Si l'ascite augmente considérablement au point de gêner la respiration : ponction. Si ça se renouvelle trop souvent : laparatomie.

Dans la forme sèche, les résultats sont mauvais à cause des dégâts que l'opération cause.

Dans la forme caséuse on fait la toilette du péritoine. C'est là alors la laparatomie qui est le meilleur traitement.

On trouve des masses que l'on enlève avec soin.

Dans les formes fibro-adhésives, va s'en dire que si elle cause une occlusion intestinale, il faut opérer. La laparatomie s'impose.

GLANES CANADIENNES

The Canadian Practitioner and Review. (Toronto mai 1901.)

1° Grossesse abdominale primitive : J. E. PICKARD, M. D., Nevada.

2° Histoire d'un cas de variole : J. GODFREY.

3° Diphtérie, vs Amygdalite folliculaire aiguë : Dr GUNN.

1° *Grossesse abdominale primitive.* — Le Dr J. E. PICKARD, de Nevada, rapporte un cas de grossesse abdominale primitive dont le diagnostic positif n'a été fait que quelques jours avant la mort de la femme.

Madame H. âgée de 35 ans. Santé généralement bonne jusqu'à il y a neuf ans : rhumatisme inflammatoire avec lésion cardiaque subséquente. Mère de trois enfants ; a eu deux fausses couches. Réglée la dernière fois le 28 avril 1900, et avec la suspension des règles apparurent les autres symptômes de la grossesse. A trois mois, dou-

leurs abdominales intermittentes, fréquentes, surtout la nuit, qui firent penser à une grossesse tubaire. Ces attaques de courte durée et peu intenses, cèdent facilement sous l'influence du viburnum. La patiente se comporte si bien que l'idée d'une grossesse extra-utérine est abandonnée. En janvier survient une crise hépatique avec fièvre, suivie de jaunice. Le tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours, mais le pouls reste faible en dépit des toniques, de ce moment les mouvements du fœtus ne sont plus perçus et le stéthoscope ne révèle aucun battement fœtal.

L'accouchement était attendu vers le cinq février. Le sept, quelques rares tranchées se font sentir, mais cessent complètement au bout de quelques heures.

Le toucher, fait diagnostiquer une présentation du siège, et l'idée d'une grossesse extra-utérine s'impose de nouveau — le fœtus semble être situé en avant de l'utérus.

Le 22 février, un confrère en consultation, se prononce pour une grossesse intra-utérine, avec présentation du siège, en autant qu'il avait pu faire un examen plus ou moins complet, sous chloroforme.

Le 13 mars, la patiente toujours dans le même état, demande un autre médecin, qui fait un examen sous chloroforme, et constate après dilatation que l'utérus est vide : d'où grossesse abdominale confirmée. La malade devint très faible, et se mit à vomir, état qui ne fit que s'aggraver jusqu'au moment de sa mort, trois jours après.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen se présentait un enfant à terme, pesant 8½ lbs., tête en haut, et siège en avant de l'utérus.

Un gros placenta était implanté dans la région inguinale droite, empiétant un peu sur la paroi abdomino-inguinale droite, et entièrement adhérent aux intestins. L'utérus est à peine développé, les ovaires et les trompes sont normaux, aucune cicatrice ne démontre une grossesse tubaire antérieure : d'où la conclusion de grossesse abdominale primitive.

W. J. D.

2° Le Dr GODFREY rapporte un cas de variole qui offre ceci de particulier : la maladie s'est déclarée chez une femme enceinte, 18 jours avant la date présumée de l'accouchement. Seize jours après l'apparition de l'éruption, la patiente met au monde un enfant en bonne santé à terme, pesant 10 lbs.

La gravité de la variole est bien connue, sous de telles circonstances ; elle met en danger les jours de la mère et du fœtus. Dans le cas rapporté la mère eut une maladie heureuse et l'enfant vint au monde en bonne santé, ne paraissant avoir aucunement souffert *in utero* de la maladie de sa mère. Il faut ajouter que la température durant le cours de la variole n'a jamais dépassé 100°, bien que l'éruption fut confluente.

Pendant la grossesse, une maladie intercurrente en général, ne devient grave pour la mère et le fœtus, que

si elle est accompagnée d'une élévation marquée de la température.

W. J. D.

3° Le Dr JOHN GUNN, de Durham, Ont., dans un article intitulé *Diphthérie vs. amygdalite folliculaire aiguë* discute l'opportunité de jeter l'alarme, dès que l'on a affaire à un mal de gorge. Il signale les dommages causés au commerce, dans les petits centres, aux enfants en les faisant retirer de l'école, etc.

L'auteur termine par les principaux symptômes pouvant aider au diagnostic différentiel.

1° Dans la diphthérie, la température, dès le début de l'affection, atteint un degré élevé, et s'y maintient jusqu'à la fin, — période variable il est vrai — mais durant des semaines quelquefois.

Dans l'amygdalite folliculaire aiguë, la température atteint dès le premier jour un degré élevé, mais tombe ordinairement le lendemain ou le surlendemain.

2° Dans l'amygdalite folliculaire, l'exudat est muco-purulent, peut facilement être enlevé, sans faire saigner la muqueuse sous-jacente.

Dans la diphthérie, au contraire, l'exudat se présente sous la forme d'une membrane blanchâtre, ou gris blanc, entièrement adhérente, avec tendance à se généraliser à toute la gorge, et ne pouvant être détachée sans faire saigner les tissus sous-jacents.

W. J. D.

Revue des journaux

MEDECINE

Un cas de transmission de la gourme du cheval à l'homme.

M. Schöler (Soc. méd. berlin.) présente un malade, exerçant le métier de cocher, qui a contracté la gourme des chevaux qu'il soignait : il a eu d'abord, sur la muqueuse palpébrale, une ulcération à fond grisâtre ; 2 jours plus tard, une lésion semblable se développait sur la conjonctive ; l'œil était rouge, la cornée dépolie. Au bout de 2 semaines, ces ulcérations étaient cicatrisées et le patient pouvait quitter le service ; mais, entre temps, il avait souffert de phénomènes généraux : maux de tête, malaise, douleurs dans les membres, sensation de courbature, fièvre s'élevant à 40° ; cette dernière dura 14 jours, accompagnée de gonflement de la jambe, d'un léger œdème, d'exanthème, de pétéchies, de tuméfaction et de rougeur de la peau, d'une sensation de tension dans les jointures ; ces troubles disparurent tandis que la température était encore élevée, mais furent remplacés par de la toux avec expectoration visqueuse peu abondante,

vomissements, méléna. Actuellement, il n'y a plus de fièvre : il ne subsiste qu'une légère albuminurie.

A ce sujet, l'orateur rappelle que la gourme du cheval est généralement une affection bénigne ; elle débute par un catarrhe nasal avec ulcérations de la muqueuse et jetage abondant, catarrhe qui s'étend peu à peu par les voies lymphatiques, devient purulent et détermine la formation d'abcès ; mais à côté de cette forme, qui est la plus commune, il en existe une autre où les agents pathogènes, déversés dans le sang, réalisent le tableau d'une septicémie.

Les symptômes de la gourme du cheval sont analogues à ceux que l'on a observés chez cet homme, gonflement des membres, éruptions cutanées, pétéchies, métastases dans les divers organes, etc. D'après les recherches de Schütz et d'autres auteurs, l'agent de cette affection serait un streptocoque ovale, facile à cultiver sur sérum sanguin, inoculable au cheval et à quelques autres animaux, tels que la souris.

Chez le malade qu'il vient de présenter, M. Schöler estime que l'infection s'est faite par la muqueuse, puis s'est propagée par la voie lymphatique, ce dont témoigne l'inflammation d'un ganglion sous-maxillaire.

Ce serait là le premier exemple connu de gourme humaine.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Tuberculose et syphilis.

La tuberculose et la syphilis peuvent évoluer concurremment chez le même individu ; un syphilitique peut devenir tuberculeux et présenter concurremment des lésions pulmonaires syphilitiques et des lésions tuberculeuses ; de même un phthisique avéré peut contracter la syphilis.

C'est là, pour M. Landouzy, la pire des associations morbides, surtout dans les premières périodes de la syphilis. En effet, après la seconde incubation, lors de l'apparition des accidents secondaires, l'infection de l'organisme est profonde : une infection nouvelle trouvera un terrain tout préparé, dont la résistance est diminuée, et où elle pourra évoluer rapidement. Pour la même raison, un tuberculeux qui contracte la syphilis court grand risque de voir son état s'aggraver et sa tuberculose prendre une allure grave.

Ainsi il n'existe aucune incompatibilité entre ces deux maladies et Hunter s'était trompé. Mais la syphilis a-t-elle une action phthisiogène ? La question est complexe, mais il est pourtant assez facile d'y répondre.

Il est certain que la syphilis en amoindrissant le pouvoir de résistance de l'individu le met dans un état d'infériorité qui peut ouvrir la porte aux infections et à la tuberculose en particulier. Chrétien a fait à ce sujet des expériences intéressantes. Il injecte d'abord à des cobayes du sérum de syphilitiques, puis il leur inocule la

tuberculose en même temps qu'à d'autres cobayes témoins qui, eux, n'ont reçu que du bacille de Koch. Les cobayes qui ont reçu primitivement du sérum syphilitique succombent plus vite que les témoins. Pourtant ces expériences soulèvent de graves critiques. "On peut se demander, dit M. Alibert, si une injection d'un sérum quelconque n'eût pas produit les mêmes résultats, et si la mort plus rapide des animaux inoculés n'a pas été simplement due à une sorte d'intoxication dans laquelle le sérum syphilitique n'entraîne probablement pour rien. Nous pouvons simplement dire que si l'action débiliteuse de la syphilis chez certains individus n'est pas contestable, nous n'en connaissons pas le mécanisme."

On peut se demander en second lieu si les lésions syphilitiques ne jouent pas un rôle en tant que porte d'entrée. Les accidents cutanés semblent avoir peu d'importance à ce point de vue. Mais il existe des lésions syphilitiques du larynx et des bronches. Il semble avéré que ces lésions peuvent se transformer en lésions tuberculeuses et on a pu en rapporter quelques observations authentiques. M. Landouzy considère le laryngopathe syphilitique "comme ayant des titres acquis pour une candidature à une tuberculose laryngée qui peu s'ouvrir d'un jour à l'autre."

La syphilis constituerait ainsi, par les lésions qu'elle détermine, en quelque sorte, une cause d'appel, d'inoculation pour le bacille de Koch.

On a pu aussi incriminer, comme facteur de tuberculose, le traitement antisyphilitique, mais cela ne semble vrai que pour le traitement intensif poussé, comme on le faisait fréquemment autrefois jusqu'à l'intoxication. L'hérédité, les tares viscérales, la mauvaise direction du traitement, la cachexie tuberculeuse avancée, sont, bien plus que les agents médicamenteux, responsables des désastres observés.

Pour M. L. Alibert, il est possible de traiter la syphilis chez un sujet tuberculeux, d'autant plus que, dans une certaine mesure, les deux maladies peuvent et doivent être soumises au même moyen thérapeutique.

Voici le traitement qu'il conseille d'instituer en cas de concointance de la tuberculose et de la syphilis, traitement qui nous paraît très rationnel.

Les soins corporels et une bonne aération, dit-il, tiennent une place importante ; mais c'est surtout l'alimentation qu'il faut surveiller. La diète de Broussais et de ses disciples n'a engendré que des désastres ; il faut nourrir les malades, mais en continuant leur régime de façon à éviter de surcharger l'estomac et de provoquer l'apparition d'accidents dyspeptiques. On évitera tout excès, et particulièrement l'abus de l'alcool, aussi funeste à une maladie qu'à l'autre. On s'adressera pour l'alimentation aux substances riches en aliments nutritifs : viande crue, œufs, poisson (qui est riche en graisse et en phosphore), légumes secs, etc. On ne craindra pas d'instituer le régime lacté si l'état des reins ou de l'appareil digestif le réclame.

Il n'y a pas, chez un syphilitique, de contre-indication à l'emploi des antiseptiques pulmonaires ; on pourra donc, s'il y a de la bronchite, et surtout si les caractères de cette bronchite sont un tant soit peu suspects, lui administrer la créosote et ses succédanés, qui sont, comme le dit M. Bouchard, ce que nous avons de moins mauvais. Mais, comme il est de la plus haute importance de ménager le tube digestif, il est préférable, chez le syphilitique tuberculeux, qu'il soit à la période secondaire où à une période plus avancée, d'user, pour l'administration des mercuriaux, de la voie hypodermique ou de la voie cutanée ; de même, la créosote, le gaiacol devront être donnés soit en injections, soit, si l'on préfère, par la voie rectale, sous la forme de suppositoires ou de lavements.

(*Indep. méd.*)

De l'adenopathie inguinale dans les cancers viscéraux.

par M. Ch. VIANNAY, (Lyon.)

Diagnostic. — La présence d'un ou plusieurs ganglions augmentés de volume, durs et indolores, dans le pli de l'aîne d'un malade, n'entraîne pas forcément le diagnostic d'adénopathie cancéreuse. Le problème est plus complexe et comprend la solution de plusieurs questions, que l'on se posera dans l'ordre suivant :

- 1° La tumeur siège-t-elle bien dans un ganglion ?
- 2° Est-ce un ganglion cancéreux ?
- 3° La néoplasie ganglionnaire est-elle secondaire ?
- 4° Où siège le néoplasme primitif ?
- 5° De quelle nature est ce néoplasme ?

1° LA TUMEUR SIÈGE-T-ELLE DANS UN GANGLION ?
— Afin de résoudre cette question, on devra passer successivement en revue, pour les éliminer, toutes les tumeurs solides de l'aîne à siège extra-ganglionnaire, et même certaines tumeurs liquides, car, d'une part, un ganglion néoplasique peut se ramollir et arriver à constituer une véritable tumeur liquide ; d'autre part, une tumeur liquide peut être très tendue et avoir une consistance dure, qui rappelle celle d'une tumeur solide.

Seules, les tumeurs de l'aîne nettement gazeuses (hernies réductibles) sont ici complètement hors de cause.

Parmi les tumeurs solide, on devra éliminer d'abord les *lipomes*. Mais les lipomes de l'aîne sont le plus souvent fluctuants, de consistance uniforme ; à leur niveau la peau est intacte et mobile sur la tumeur. Enfin, ils évoluent lentement et sans retentir sur l'état général.

On ne prendra pas, non plus, pour une adénopathie cancéreuse secondaire, un *sarcome* de l'aîne. Les sarcomes de la peau seront facilement éliminés en raison de leur point de départ cutané, facile à reconnaître. Les sarcomes musculaires et aponévrotiques forment des tumeurs auxquelles on ne peut imprimer que très peu

de mouvements, et qui sont fixées par la contraction des muscles de la cuisse. De même, les sarcomes de la gaine des vaisseaux fémoraux, bien étudiés par Czerny et Regnault, se traduisent par une tuméfaction mal limitée, et dès le début adhérente dans la profondeur. Quant aux sarcomes primitifs des ganglions, nous verrons plus loin quels caractères les distinguent des adénopathies cancéreuses secondaires.

Les tumeurs à point de départ squelettique (ostéosarcomes, enchondromes, fibromes périostiques,) qui peuvent venir faire saillies à la région inguinale, se reconnaîtront à leur consistance spéciale, à leur volume à leur unilatéralité, et enfin à la présence fréquente d'un pédicule (Dolbeau) les reliant à leur point osseux d'origine.

Le diagnostic de l'adénopathie inguinale cancéreuse, devra se faire encore avec certaines variétés de hernies. Nous avons rapporté récemment (*loc. cit.*) plusieurs cas dans lesquels un ganglion satellite d'un néoplasme de la prostate, du rectum ou du péritoine fut pris pour une hernie. Dans un de ces cas, la malade avait été admise d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Jaboulay, pour une prétendue hernie étranglée. Elle présentait, dans la région inguinale gauche, une tumeur du volume d'une grosse noix, dure, mate, douloureuse au palper, et sur laquelle la peau, non modifiée dans son aspect, était aisément mobilisable. En même temps, depuis deux jours, cette femme vomissait, n'était pas allée à la selle et son ventre était ballonné. La malade étant éthérisée pour la cure radicale, on s'aperçut, au cours d'un dernier examen, que l'on avait affaire, non pas à une hernie, mais à un ganglion néoplasique secondaire à un cancer viscéral, qui siégeait, ainsi que le montra plus tard l'autopsie, dans le péritoine et le grand épiploon. Un cas très analogue vient d'être observé par M. Vallas et rapporté à la Société des sciences médicales de Lyon, par notre collègue M. Piollet.

Belin, dans sa thèse, rapporte une observation de Ménétrier dans laquelle l'erreur inverse fut commise : un vieux sac herniaire déshabité occupant la région inguinale droite d'un homme atteint de cancer de l'estomac, fut pris pour un ganglion néoplasique.

On évitera cette erreur en recherchant la réductibilité de la tumeur et son expansion dans les efforts.

Enfin, nous mentionnerons, pour être complet, les abcès par congestion, les adéno-lymphocèles, les bourses séreuses développées au devant d'une ancienne hernie, contenue par un bandage. Mais un examen attentif et la recherche des signes propres à ces différentes affections, ne laissera pas longtemps placé au doute.

Quand on aura acquis la certitude que la tumeur de l'aîne siège bien dans un ganglion, on devra éliminer les affections autres que le cancer susceptibles d'augmenter le volume des ganglions.

(à suivre)

Note helminthologique sur l'appendicite.

M. Metchnikoff (Acad. Méd.) ayant examiné les selles d'une jeune fille de 19 ans, atteinte d'appendicite à répétition (6 crises en 10 mois), y découvrit des œufs d'ascarides et de trichocéphales en grand nombre. Le traitement vermifuge, appliqué à plusieurs reprises, permit d'éviter le traitement chirurgical, et empêcha définitivement la récurrence de l'appendicite ; depuis cette époque, 4 ans 1/2 se sont écoulés ; la malade s'est mariée et a eu une grossesse qui a évolué sans réveiller l'appendicite.

M. Lemoine a observé deux cas semblables. Dans le premier on trouva dans les selles d'un enfant, atteint d'appendicite, des œufs d'ascarides et de trichocéphales. A la suite d'administration de santaline, l'enfant rendit des ascarides et guérit complètement. Le second cas, chez un jeune homme de 23 ans, est analogue.

Voilà donc trois cas d'appendicite bien caractérisés cliniquement où le diagnostic microscopique dicta la conduite à tenir et évita aux malades l'intervention chirurgicale.

Dans un cas rapporté par Mme Arboré-Rally, la guérison d'une crise aiguë d'appendicite eut lieu après l'expulsion spontanée d'un ascaride.

Ces observations ne sont pas isolées.

Il y a 60 ans, Becquerel a rapporté l'autopsie d'un enfant dont le péritoine contenait des ascarides et dont l'appendice perforé présentait aussi deux ascarides. D'autres auteurs, Natale, Brun, ont, après lui, publié des cas analogues. Or Guinard, dans une opération d'appendicite, a trouvé une trichocéphale vivante. Tout récemment, M. Metchnikoff a eu l'occasion d'examiner un appendice enlevé au cours d'une opération, dans lequel on trouvait trois trichocéphales, dont un ayant pénétré dans l'épaisseur de la muqueuse.

Les ascarides peuvent produire des érosions de la muqueuse, les trichocéphales peuvent l'ulcérer et la pénétrer.

Il faut donc aujourd'hui compter avec eux dans la pathogénie de l'appendicite comme des autres maladies infectieuses ; et il serait utile d'examiner systématiquement les déjections au point de vue bactériologique, comme on examine l'expectoration. C'est ce que l'on n'a pas assez fait jusqu'ici.

Nothnagel a soigné un jeune homme dont l'appendice avait été enlevé 2 ans auparavant ; les douleurs avaient reparu, la région caecale était douloureuse ; en présence des antécédents nerveux héréditaires du malade, on diagnostiqua une pseudo-appendicite hystérique. Peut-être s'agissait-il d'une appendicite due aux nématodes ?

Golouboff (de Moscou) a relaté une épidémie d'appendicite, et fait remarquer l'analogie avec l'angine ; malheureusement on n'a pas examiné les selles où l'on aurait peut-être trouvé la cause de la maladie.

Les nématodes sont véhiculés par l'eau impure, les légumes, etc.

La guérison de quelques cas d'appendicite par les vermifuges prouve nettement le rôle des nématodes dans cette maladie.

M. Metchnikoff conclut :

1° Dans tous les cas suspects d'appendicite, il faut pratiquer l'examen des matières fécales :

2° Dans tout cas d'appendicite, administrer des vermifuges :

3° Chez les sujets atteints d'appendicite proscrire l'alimentation par les légumes crus, les salades, les fraises, l'eau non bouillie ou non filtrée.

4° Examiner de temps en temps les selles des enfants et leur administrer de temps en temps des vermifuges.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

La varicelle suppurée et les suppurations secondaires au cours de la varicelle.

par M. DÉSANDRÉ (Th. Paris).

La vésicule varicelleuse ne suppure pas normalement. Le liquide clair qu'elle contient se trouble, la vésicule s'affaisse, une croûte légère se forme, mais il n'y a pas de véritable suppuration.

Dans certains cas, la varicelle est suppurée. Ce sont faits sur lesquels a insisté récemment M. Merklen dont son élève M. Désandr  reprend l'étude. La vésicule évolue d'abord normalement et c'est seulement au bout d'un jour ou deux qu'on la voit augmenter de volume, s'aplatir, se remplir d'un pus jaunâtre ou verdâtre, s'ombiliquer quelquefois et s'entourer d'une auréole inflammatoire. Cette suppuration dure plusieurs jours, puis la vésicule se rompt ou bien se dessèche assez lentement. Il se forme alors une croûte beaucoup plus épaisse que celle de la varicelle commune, beaucoup plus adhérente aussi, qui est très lente à tomber et qui le plus souvent laisse après elle une cicatrice déprimée, cupuliforme, analogue à celle que l'on voit dans la variole.

Habituellement toutes les vésicules ne subissent pas cette transformation. Celles du tronc restent citrines.

La durée de l'évolution d'une vésicule suppurée peut dépasser 3 semaines ; tandis que celle de l'élément normal n'est que de 15 jours environ.

La transformation purulente du contenu des vésicules s'accompagne souvent d'une véritable fièvre de suppuration comme dans la variole.

Parmi les complications de la varicelle suppurée, on doit noter particulièrement les infections générales, la gangrène et la néphrite, qui s'est montrée constante dans une épidémie.

La bactériologie de la varicelle simple est peu connue, malgré les travaux de Bareggi, de Guttmann et Pfeiffer. Mais pour la varicelle suppurée, on a montré

dans les pustules la présence constante du staphylocoque pyogène accompagné ou non du streptocoque. Ces microbes, surtout le premier, doivent être considérés comme la cause immédiate de la varicelle suppurée, car l'agent spécifique de la varicelle simple ne produit pas la suppuration.

Le pus de la varicelle suppurée contient une grande quantité de leucocytes polynucléaires, contrairement au pus de la variole et au liquide citrin de la varicelle simple, dans lesquels les mononucléaires dominent.

Le diagnostic différentiel de la variole et de la varicelle suppurée se basera surtout sur l'induration du derme qui accompagne la pustule de variole ; sur la forme de la pustule, plus allongée et plus volumineuse dans la varicelle suppurée.

Enfin et surtout sur la présence, chez le même sujet, d'éléments d'âge différent, et notamment de vésicules citrines et claires, plus abondantes sur le tronc et les parties couvertes, qui coexistent avec les éléments suppurés. Les éléments de la varicelle sont d'ailleurs beaucoup plus nombreux sur le tronc que ne peuvent l'être ceux de la variole.

La suppuration de la vésicule varicelleuse était expliquée soit par des causes générales (enfants débiles et cachectiques), soit de préférence par des causes locales portant sur l'état antérieur de la peau.

Mais la varicelle suppurée étant souvent épidémique et contagieuse, on doit, pour expliquer cette épidémicité, faire intervenir une cause extérieure à l'individu, une infection spéciale différente de l'infection varicelleuse simple.

Dans ces cas, la varicelle suppurée semble due à un contage simultané de l'agent de la varicelle et des agents ordinaires de la suppuration.

Il peut se produire également au cours de la varicelle des suppurations secondaires qui sont localisées ou généralisées.

Les premières sont fréquentes, ce sont des furoncles, des abcès, des phlegmons qui surviennent au voisinage des pustules. L'infection se fait généralement dans ce cas par voie lymphatique.

Les secondes sont rares. Ce sont les abcès multiples non seulement cutanés et sous-cutanés, mais aussi articulaires et vicéraux qui ne sont que l'expression d'une pyohémie consécutive à la varicelle. — L'infection se fait alors par voie sanguine.

L'agent ordinaire de ces suppurations est encore ici surtout le staphylocoque pyogène.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Des congestions pulmonaires non tuberculeuses localisées au sommet et stimulant la tuberculose.

par SAMOCOVLEFF, (Th. de Lyon.)

Il ne faut pas trop se hâter de croire à l'existence d'une tuberculose pulmonaire du sommet, quand il n'exis-

te, comme éléments de diagnostic, que les signes stéthoscopiques ; car il existe une forme de congestion pulmonaire, qui peut être aiguë ou chronique, se localisant exclusivement aux sommets et qui simule parfaitement la tuberculose. Cette congestion pulmonaire du sommet étudiée par M. Samocovlieff se présente : a) comme maladie propre ; b) comme état pathologique lié à une autre maladie, dont elle est une complication.

Comme maladie propre, elle se rencontre chez les arthritiques, les goutteux et les rhumatisants chroniques.

Comme état pathologique lié à une autre maladie, cette congestion se rencontre dans : 1° la fièvre typhoïde ; 2° le rhumatisme polyarticulaire aigu ; 3° la grippe ; 4° la rougeole ; 5° la coqueluche ; 6° la cachexie palustre ; 7° la néphrite ; 8° certaines myocardites ; 9° l'aortite aiguë ; 10° l'emphyème ; 11° l'ulcère de l'estomac ; 12° l'hystérie ; 13° le goître exophtalmique ; et 14° la cachexie néoplasique.

Pour les congestions pulmonaires aiguës du sommet la marche de la maladie, la mobilité et la fugacité des signes stéthoscopiques permettront en quelques jours de soupçonner sa nature non bacillaire.

Pour les congestions chroniques du sommet, c'est surtout aux antécédents du malade qu'il faut demander la solution du problème. L'examen des crachats ne doit pas être négligé. Enfin, une potion avec 2 grammes de poudre d'ergot de seigle ou avec de l'extrait de rathania, ou avec du tannin, pourrait aider le diagnostic si les signes stéthoscopiques se modifient sensiblement après leur administration.

(Ind. méd.)

CHIRURGIE

Du traitement des fractures de jambes.

par M. le prof. TERRIER.

Les fractures de jambe sont parmi les plus fréquemment observées dans les services hospitaliers. Leur traitement a, quoique plus tardivement, bénéficié des conquêtes de la chirurgie moderne, et nous allons chercher à préciser la conduite à tenir vis-à-vis des fractures de jambe suivant les particularités cliniques qu'elles peuvent présenter. Nous ne nous occuperons que des fractures du tiers moyen ; les fractures du tiers supérieur et celles du tiers inférieur présentent des caractères trop particuliers et trop différents pour que nous les envisagions ici.

Dans les fractures de jambe une première classification s'impose. Il faut distinguer les fractures ouvertes des fractures fermées. Celles-ci sont des fractures avec intégrité des téguments ; les premières, au contraire, présentent une solution de continuité de la peau et par

conséquent une communication du foyer de fracture avec l'extérieur. On appelle quelquefois encore les fractures ouvertes fractures compliquées ; c'est là un abus de langage excusable autrefois, où l'ouverture d'une fracture était une complication redoutable, et où l'importance de cette complication effaçait toutes les autres ; actuellement il faut remettre à sa juste place l'ouverture, d'une fracture ; c'est une des complications des fractures et voilà tout.

1° *Fractures fermées.* — Le traitement d'une fracture de jambe fermée comporte 3 indications théoriques, communes d'ailleurs aux fractures en général. Il faut : 1° réduire la fracture ; 2° la maintenir réduite jusqu'à consolidation ; 3° traiter le membre consécutivement à la consolidation.

La réduction doit être pratiquée dans tous les cas et le plus rapidement possible. Il n'est pas en effet de contre-indication à la réduction immédiate. Le gonflement excessif, la contracture, ont été considérés comme contre indications à la réduction, et l'on a conseillé dans ces cas de placer le membre dans une gouttière et d'attendre quelques jours. En réalité ces conditions ne sont que des difficultés à la réduction, mais ne la contre-indiquent nullement.

Plusieurs raisons militent en effet pour la réduction constante et précoce. C'est que d'abord plus la réduction est précoce et plus elle est aisée ; on peut même poser en principe que toutes les fois qu'on tente la réduction dans les quelques heures qui suivent l'accident, on l'obtient sans la moindre difficulté. Contractures, gonflement, phlyctènes ne se produisent qu'au bout d'un certain temps ou tout au moins sont d'autant plus développés que la fracture est moins récente. De plus, la réduction calme beaucoup la douleur, c'est un phénomène général et dans les fractures comme dans les luxations, la réduction est suivie d'un soulagement immédiat ; d'ailleurs c'est non seulement la douleur qui est calmée, mais c'est encore la contracture due, souvent, à l'irritation d'une pointe osseuse pénétrant une masse musculaire ; réduire immédiatement, c'est encore éviter qu'un fragment ne vienne, en appuyant sur un organe important (nerf, vaisseau), causer une de ces complications souvent si graves et qu'une réduction rapide pourrait sinon toujours, du moins souvent, éviter.

C'est donc là un principe et un principe formel : il faut s'efforcer de hâter le transport des blessés et il faut que la réduction soit pratiquée immédiatement.

On doit considérer comme une faute grave, non seulement en raison des souffrances du malade, mais aussi pour l'avenir d'une fracture, cette coutume qui, nous l'espérons, a disparu de nos hôpitaux, et qui consiste à placer le membre tel quel dans une gouttière en attendant le lendemain matin la visite du chef de service.

Et maintenant comment réduire. Nous n'insisterons pas sur les temps classiques de la réduction — extension,

contre extension, coaptation — exécutés par le chirurgien seul ou avec un ou plusieurs aides.

Nous l'avons déjà dit et nous le répétons : dans l'immense majorité des cas d'intervention précoce, la réduction est facile. Quand elle ne l'est pas, soit à cause des douleurs qu'éprouve le malade, soit à cause d'obstacles matériels à la réduction, il ne faut pas hésiter à donner du chloroforme.

C'est un devoir pour le chirurgien d'épargner la douleur au patient et souvent la douleur de la réduction est atroce ; de plus, avec l'anesthésie on fait mieux ce qu'on veut ; on peut à loisir vérifier, corriger la réduction. Au lieu que sous prétexte d'éviter au malade une exploration douloureuse, on risque de laisser une réduction incomplète. Il est bien préférable d'avoir recours délibérément au chloroforme que d'employer le procédé souvent illusoire qui consiste à mettre les muscles dans le relâchement (par la flexion de la jambe par exemple) pour faciliter la réduction ; malgré toutes ces attitudes on n'arrivera pas à faire cesser une contracture réflexe due à la douleur.

Il s'agit maintenant de maintenir la réduction. *Il n'existe qu'un seul moyen, et un moyen applicable à tous les cas, c'est l'application immédiate d'un appareil plâtré.* Ce principe est loin d'être admis sans conteste, et l'on voit encore, surtout dans le matériel de chirurgie de guerre, un nombre considérable de gouttières : gouttières en tôle, en zinc, en fil de fer. Il faut absolument réserver ces appareils au cas où il est impossible de se procurer du plâtre. La guerre de 1870, ainsi que j'ai pu m'en assurer par moi-même, a bien montré la supériorité de l'appareil plâtré, même en temps de guerre.

Tandis que dans les ambulances françaises les fractures étaient placées et transportées dans des gouttières (ce qui était douloureux pour le malade et peu efficace pour le maintien de la fracture), les ambulances bavaroises qui appliquaient toujours un appareil plâtré (c'était, en l'espèce, un appareil circulaire à bandes plâtrées) obtenaient d'excellents résultats. Et il est triste de relater que souvent on dut aller demander à l'ennemi le plâtre qui manquait ou était défectueux dans nos propres ambulances.

Le vieil appareil de Scultet serait préférable aux gouttières et on a cherché à le réhabiliter dans les fractures à gonflement considérable.

En réalité rien ne vaut l'appareil plâtré, soit la gouttière comprenant le pied, la jambe et la plus grande partie de la cuisse ; soit l'appareil de Maisonneuve, avec l'attelle postérieure et l'attelle latérale en entier.

Il n'y a pas contre-indication à l'application de cet appareil.

Le gonflement ? Mais l'appareil sera renouvelé si le membre n'est pas suffisamment maintenu ; d'ailleurs, bien souvent on peut, en resserrant les circulaires de diachylon qui fixent le plâtre, produire une coaptation suffisante.

Les phlyctènes ? Mais il faut les piquer sans enlever l'épiderme, les couvrir d'une poudre minérale aseptique (sous-nitrate de bismuth, talc), et appliquer immédiatement l'appareil plâtré.

Les petites plaies superficielles ? Un nettoyage puis un léger pansement aseptique précéderont l'application de l'appareil plâtré.

Cependant, la fracture peut être *irréductible* ou *incoercible*.

L'irréductibilité peut être due à plusieurs causes : à la position des fragments, à la présence d'esquilles ; mais surtout à l'interposition musculaire ou aponévrotique ; c'est là une cause d'irréductibilité beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit : et cette interposition est grave, en ce qu'elle retarde la consolidation, quand elle ne mène pas au cal vicieux ou à la pseudarthrose.

La radiographie, qui doit toujours être faite après réduction, renseigne d'ailleurs d'une façon mathématique sur le résultat obtenu.

Dans d'autres cas la réduction est facile, mais le déplacement se reproduit aussitôt qu'on lâche les fragments ; cette incoercibilité due à des fragments multiples mais surtout à l'obliquité du trait de fracture, est une condition tout à fait désavantageuse.

C'est dans ces cas de fracture oblique incoercible qu'on a cherché par des appareils souvent renouvelés, par des pointes appuyant sur un fragment, à obtenir un résultat satisfaisant.

C'est encore Hennequin qui, avec son appareil à extension continue, est arrivé aux meilleurs résultats.

Mais ce traitement par l'extension continue est long, délicat, parfois infidèle.

Nous devons actuellement faire plus et mieux. Toutes les fois qu'une fracture est primitivement irréductible ou difficilement coercible, il ne faut plus hésiter, il faut intervenir et intervenir d'urgence ; il faut lever l'obstacle à la réduction ; enlever le sang épanché et suturer ou visser les fragments. On a prétendu que, dans les cas de réduction imparfaite, la radiographie était en désaccord avec la fonction ; qu'il y avait des cas où un cal difforme permettait un excellent usage du membre. C'est là une erreur contre laquelle il est nécessaire de s'élever, cette assertion étant antiphysiologique, et les déformations et les douleurs dans les articulations voisines de ces fractures viennent énergiquement s'inscrire en faux contre cette prétention.

(à suivre)

Déchirure sous-cutanées directes et traumatiques des vaisseaux femoraux et poplites sans autre lésion.

par M. GARNAUD (de Lyon).

D'après M. Garnaud, dans les traumatismes du membre inférieur considérés en dehors des luxations et

des fractures, les vaisseaux poplites et principalement l'artère sont plus fréquemment atteints que les vaisseaux femoraux. Cette prédilection tient à leur disposition anatomique. Les lésions observées sont par ordre de fréquence : rupture totale de l'artère, rupture des tuniques moyenne et interne, rupture totale de l'artère et de la veine, rupture de la tunique interne seule, fissures de l'endothélium, mais ces cas de fissures passent souvent inaperçus à l'examen de la pièce. Les conséquences de l'attrition des vaisseaux sont leur oblitération soit par les tuniques recroquevillées, soit par la formation d'un caillot. Le caillot a tendance à envahir les collatérales. On remarque encore de vastes hématomes dans les cas de rupture totale, qui compriment les capillaires et les veines, empêchant ainsi toutes sortes de circulation. L'arrêt de la circulation se manifeste par la disparition du pouls à la tibiale et à la pédieuse, le refroidissement du membre inférieur, l'anesthésie totale ou partielle de ce membre, le défaut de motilité. Apparition de la gangrène au premier septénaire.

(L'Ind. méd.)

GYNECOLOGIE

La claudication douloureuse par utéropathie.

par B. DE LUCA.

Chez un certain nombre de femmes, l'auteur a observé une démarche particulière, caractérisée par ce fait que les patientes avancent avec peine, en titubant et en boitant d'une façon très accentuée. Cette claudication bilatérale n'est, d'ailleurs, pas uniforme ; tantôt en effet, —et c'est le cas le plus fréquent—la jambe, déjà détachée du sol, s'arrête brusquement comme en contracture, à une phase plus ou moins avancée de son oscillation, et le pied se pose avant que le pas normal soit accompli ; tantôt, au contraire, c'est le membre appuyé qui se raidit et s'arrête dans son mouvement de propulsion progressive, et force ainsi le pied de l'autre jambe à se poser immédiatement pour maintenir l'équilibre. De ces troubles il résulte que tous les pas sont inégaux ; si on y ajoute les mouvements de compensation qui ont lieu dans le tronc, on se rendra facilement compte de la fatigue qu'entraîne la marche chez ces malades.

Cette claudication est due, à ce que déclarent les femmes qui en sont atteintes, à de violentes douleurs apparaissant subitement dans les divers groupes musculaires des membres inférieurs, spécialement dans les muscles de la région antérieure des cuisses, soit dès le début de la marche, soit seulement après un certain temps ; quand les patientes résistent à ces douleurs, celles-ci ne tardent pas à s'atténuer, puis à disparaître ; elles cessent dans la position assise et surtout couchée ;

tout au plus persiste-t-il dans ces conditions une sensation de pesanteur à la région sacro-lombaire avec irradiation dans les cuisses.

L'affection a généralement un début insidieux et une marche chronique ; elle apparaît à l'une des grandes étapes de la vie génitale de la femme (menstruation, grossesse, ménopause) ; les règles et la grossesse l'aggravent.

L'examen physique, chez les 3 femmes dont M. De Lucas rapporte l'observation, ne révélait rien de particulier dans les divers organes, l'appareil génital mis à part ; il n'existait notamment ni lésions articulaires, ni myosite, ni névrite, ni symptôme d'une intoxication ou d'une infection chronique (syphilis, alcoolisme, saturnisme) ; il n'y avait non plus aucun stigmate d'hystérie.

Dans ces conditions, l'attention de l'auteur fut attirée tout naturellement du côté de l'utérus, et, dans les 3 cas en question, il trouva des lésions très nettes ; il s'agissait une fois de rétroversion, une fois de latéroverson, une fois enfin de prolapsus avec antéversion. Aussi n'hésite-t-il pas à rapporter à ces déviations utérines les troubles de la marche présentés par ses patientes, et, de fait, dans le seul cas qui ait été soumis à l'intervention chirurgicale, la guérison complète a été obtenue par l'opération d'Alexander.

(*Riforma med. — Méd. orient.*)

Du traitement des végétations vulvaires par l'acide phénique pur.

par M. CAQUILLE (Th. Paris).

Les végétations de la vulve, encore appelées thym, crêtes de coq, choux-fleurs, poireaux, excroissances, condylomes, papillomes sont des tumeurs formées par le développement hypertrophique des papilles, soit de la muqueuse, soit de la peau.

Elles se présentent d'abord sous forme de petites saillies hémisphériques ou papillaires, pédiculées ou sessiles ; elles peuvent, par leur développement en surface ou en volume, acquérir des dimensions énormes formant alors des tumeurs confluentes et mamelonnées. On a beaucoup discuté sur leur nature.

La présence de végétation sur la vulve est pour la malade qui les porte une source d'inconvénients nombreux et quelquefois de dangers sérieux.

La friabilité du tissu, jointe parfois à sa plus grande vascularisation, fait qu'au moindre heurt, à la moindre égratignure il se produit une effusion de sang. La répétition et l'abondance de ces hémorragies pourraient amener la patiente à la situation la plus précaire.

Les végétations, soit qu'elles augmentent par leur présence les sécrétions pathologiques, soit qu'elles sécrètent par elles-mêmes, se trouvent constamment baignées dans un abondant liquide ichoreux et infect. Les sillons,

les anfractuosités de la masse néoplasique retiennent le liquide qui y fermente et s'y concrète. L'odeur repoussante qui se dégage de ces dépressions devient une gêne pour le malade et ne tarde pas à être remarquée par son entourage. De là, pour la malheureuse, une source d'ennuis qui retentissent bientôt sur son état général.

Des poussées inflammatoires, souvent à répétition, donnent une recrudescence aux hémorragies et aux pertes séro-purulentes. La douleur, qui habituellement est à peu près nulle au repos, s'exaspère pendant ces poussées et devient intolérable.

La masse végétante peut être telle que sa présence devient un obstacle non seulement à la miction et au coït, mais encore à la station debout, à la station assise, à la marche et s'oppose à tout mouvement des membres inférieurs et du bassin.

La multitude des procédés et médicaments employés dans la cure des végétations indique bien qu'aucun d'eux n'a donné toujours et pour tous les cas des résultats satisfaisants.

Lorsque l'on propose l'intervention chirurgicale, on se heurte souvent à la pusillanimité de la malade.

L'acide phénique présente des avantages qui le recommandent plus spécialement dans certains cas.

L'acide phénique convient aux végétations sessiles, granuliformes, réunies en groupes, étalées en plaques, sèches et dures, et à celles dont la masse énorme couvre toutes les parties en rendant ainsi la délimitation très difficile et souvent périlleuse, enfin, même aux végétations pédiculées et petites quand elles se trouvent sur un mauvais terrain.

Les applications se font de la façon suivante : Dans une capsule de porcelaine on fait fondre des cristaux d'acide phénique pur ; on peut encore plus simplement tremper dans l'eau chaude le flacon contenant les cristaux. On sait que l'acide phénique cristallisé est fusible entre 40 et 55 degrés centigrades, selon sa pureté. Un pinceau ou un très petits bourdonnet de coton hydrophile est trempé dans l'acide ainsi liquéfié, puis, passé sur toute la surface de la végétation. On a eu soin, au préalable de faire un nettoyage complet de la surface de la néoplasie et de ses anfractuosités, et on s'efforce de faire pénétrer le pinceau ou le bourdonnet de coton jusqu'au fond des sillons qui séparent les végétations ou groupes de végétations.

On a aussi enduit de vaseline les parties voisines pour les protéger contre la diffusion du liquide caustique. Il est bon, pour la rapidité du traitement, de ne laisser aucune surface de tissu morbide sans l'atteindre avec le pinceau ; il est quelquefois nécessaire pour cela d'écartier les masses pour pénétrer dans les sillons. Sitôt l'application faite, on voit la coloration du néoplasme passer du rose au blanc bleuâtre mat, presque porcelanique. Après 2 ou 3 jours au plus toutes les parties qui ont été cautérisées se détachent et se laissent enlever par le lavage. On voit au-dessous d'elles une surface un peu plus colo-

rée sur laquelle on peut dès lors faire une nouvelle application. En quelques minutes ce badigeonnage est appliqué ; il ne cause ni pendant ni après de douleur appréciable.

En effet, l'acide phénique pur n'est pas douloureux sur le tissu des végétations ; l'application sur la peau, et surtout sur la muqueuse saine voisine, est perçue par la malade beaucoup plus péniblement. Les badigeonnages seront, au début surtout, répétés tous les 2 ou 3 jours. Après quelques applications, quand le néoplasme est en bonne voie de rétrocession, on peut les espacer un peu plus, l'effet atrophiant semble se continuer quand même.

Dans l'intervalle des badigeonnages, la malade, nullement incommodée, peut vaquer à ses occupations comme de coutume ; il lui est recommandé de faire quelques lavages de la région, avec une solution faible d'acide phénique, tant comme adjuvant du traitement que comme moyen de propreté. Elle devra encore veiller à conserver sur les parties voisines, une légère couche de vaseline pour en éviter l'irritation. Enfin, il est aussi utile d'assurer, par des injections quotidiennes, avec une solution phéniquée faible, l'écoulement des liquides vaginaux et d'empêcher leur stagnation.

Un premier avantage ressort de la facilité du traitement. La malade est laissée à ses occupations ordinaires et n'est soumise qu'à quelques rapides pansements. Ce qui frappe encore à la lecture des observations, c'est l'indolence du traitement qui fut supporté patiemment par les femmes les plus pusillanimes, et même par des enfants.

La sûreté et la rapidité d'action, en égard aux autres caustiques, sont vraiment remarquables ; elles étonnent même, si l'on considère le volume des végétations traitées.

Le seul inconvénient remarqué par les auteurs est l'érythème phéniqué des parties voisines, souvent accompagné de vésicules et d'excoriations. Lorsqu'il se produit, il est très pénible à supporter ; mais d'autre part il est facile à éviter. Si on a soin de protéger les parties voisines par une couche isolante de vaseline, on n'aura pas à craindre sa production, ou du moins, s'il se produit, ce sera dans des proportions bien modérées.

Quant à l'intoxication phéniquée, elle n'a pas jusqu'ici été observée. Peut-être pourrait-on en trouver l'explication de ce fait dans cette remarque, que, dès l'application du topique, la couche superficielle des végétations blanchit, se ratatine ; il semble que toute cette couche est frappée de mort et incapable par conséquent d'absorption.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

THERAPEUTIQUE

Quelques faits relatifs au sulfonal, au trional et à la paraldehyde.

par M. le prof. POUCHET.

Le sulfonal qui, ainsi que vous le voyez, se présente

sous forme de cristaux prismatiques, incolores, craquant sous la dent, inodores, insipides, est un excellent hypnotique. Pour dissoudre 1 gr. de sulfonal, il faut 500 grammes d'eau, la solubilité est donc extrêmement faible ; il faudrait également 130 ou 140 gr. d'alcool à 90° : ce n'est pas là, vous le concevez, un bon procédé d'administration.

Il se dissout mieux, au contraire, dans l'eau acidulée par un acide minéral ou organique et dans l'eau tenant en dissolution du chlorure de sodium ou des peptones. Pour faciliter son absorption, il faudra donc, conformément à ses propriétés, l'administrer au repas du soir, c'est-à-dire au moment où l'estomac sécrète le plus de suc gastrique acide ; pour faciliter encore la dissolution, il faudra administrer une certaine quantité de boisson chaude, de la nature de celles qui aideront à l'action recherchée, une infusion de tilleul par exemple.

A condition que vous vous en serviez convenablement, le sulfonal est l'un des plus remarquables hypnotiques. C'est dans les insomnies nerveuses qu'il manifeste la perfection de son action. Il agit à longue échéance, deux à trois heures après son administration, c'est pourquoi en l'administrant après le repas du soir, vous réalisez les conditions les plus favorables à tous les points de vue.

La dose moyenne, utile, est celle de 1 gr. en cachet. Il exerce une action élective sur les cellules de l'écorce cérébrale et il détermine là une action dépressive.

Le sulfonal peut-il produire des accidents ? Parfaitement. Il n'y a pas très longtemps qu'il est entré dans la thérapeutique : son application thérapeutique courante ne date guère que de 1886. Eh bien, au début de son emploi surtout, on a pu observer des accidents et même des cas de mort. Il y a à peu près, depuis le début de son emploi, une quarantaine de cas de mort déterminés par une administration défectueuse. C'est chez les aliénés qu'on a commencé à l'employer à des doses élevées, et on donnait facilement 3 ou 4 grs., précisément en raison de son action sur les centres nerveux.

Il faut que vous sachiez que, si on administre le sulfonal à la dose de 1 gramme, et c'est cette dose que vous devez administrer tout de suite, en une fois, pour obtenir une action, il ne serait pas prudent, sans connaître la susceptibilité du malade, d'augmenter beaucoup cette dose. Si on donne par exemple une dose de 3 grammes, même d'une façon réfractée, dans un certain espace de temps, on peut avoir des accidents. Il y a eu un cas de mort à la suite de l'administration de 1 gr. 80. Ce fait impose une certaine prudence dans son emploi, si on ne connaît pas, je le répète, la susceptibilité du malade à son égard. Lorsque, avec la dose de 1 gramme, on n'aura pas obtenu l'effet voulu, il ne faudrait donc pas l'augmenter brusquement de 1 gramme, mais sans aller loin, il ne faudra procéder que par doses de 0 gr. 25.

Le sulfonal est un médicament très agréable en ce que, à la dose thérapeutique, il n'exerce aucune action

fâcheuse sur le cœur, la circulation, la respiration, ni sur le tube digestif ni sur ses annexes. Si donc, à la suite de son emploi, soit de son emploi prolongé, soit d'une dose trop forte pour le malade, vous observez des troubles gastriques, des nausées, des vomissements, méfiez-vous, cela indique que le sujet est particulièrement sensible à l'action du médicament ; c'est toujours par les troubles gastro-intestinaux qu'ont débutés les accidents d'intoxication par le sulfonal.

Comme signe d'avertissement, on constate de la méthémoglobine dans l'urine ; quant à la présence de l'hématoporphyrine dans l'urine, c'est toujours, pour ainsi dire, un indice de mort, on l'a toujours constatée dans tous les cas suivis de mort.

Le sulfonal s'accumule et on a constaté des symptômes d'intoxication chez des individus qui ont pris d'une façon prolongée, pendant trente ou quarante jours, par exemple, le sulfonal. Il ne faudrait donc pas l'administrer d'une façon prolongée.

Le trional est constitué par des cristaux brillants, solubles dans 320 parties d'eau. Il est plus soluble dans l'alcool que le sulfonal. Sa saveur est amère.

C'est un hypnotique plus puissant que le sulfonal. Il agit plus vite, en très peu de temps, précisément parce qu'il est plus soluble, et il ne faut l'administrer que un quart d'heure ou vingt minutes avant le moment où l'on veut que le sommeil se produise. On l'administre également sous forme de cachet.

Outre les avantages de solubilité et de rapidité d'action, il présente sur le sulfonal celui de ne pas s'accumuler, il se détruit complètement dans l'organisme. Au bout d'un certain temps de son administration il agit à une dose moindre, 70 centigr. par exemple.

Enfin, la paralaldéhyde est également un excellent hypnotique dans certaines conditions et elle mérite d'être étudiée. C'est un liquide mobile, incolore, doué d'odeur de pomme reinette, de saveur âcre et brûlante. Elle est soluble dans huit parties d'eau à 13 degrés. La teinture de vanille masque bien sa saveur. Vous pourrez employer la formule suivante.

Paralaldéhyde.....	20 grammes.
Alcool à 90°.....	100 —
Sirop simple.....	75 —
Teinture de vanille.....	5 —

Chaque cuillerée à soupe contient à peu près 1 gr. 50.

Au point de vue de son action physiologique, la paralaldéhyde se rapproche du chloral ; au point de vue chimique, elle se rapproche de l'alcool, c'est un polymère de l'aldéhyde éthylique. Aussi est-ce un merveilleux hypnotique pour les alcooliques, c'est une façon détournée de ne pas priver d'alcool les alcooliques.

Les individus qui dorment sous l'influence du sulfonal ou du trional présentent une hyperexcitabilité réflexe remarquable ; si on fait du bruit autour d'eux, ils se réveillent. L'animal présente d'une façon encore plus

sensible cette hyperexcitabilité. Si on touche doucement les poils d'un cobaye qui est sous l'influence du sulfonal ou du trional, il n'a pas de convulsions, mais il fait un soubresaut. La paralaldéhyde et le chloral diminuent au contraire l'excitabilité réflexe, mais la paralaldéhyde a un avantage sur le chloral, c'est qu'il n'a pas, comme le chloral, d'action sur le myocarde et le système nerveux intracardiaque. C'est pourquoi, dans le cas de convulsions strychniques par exemple, on pourra donner des doses élevées de paralaldéhyde avec beaucoup plus d'avantage que le chloral.

On peut associer la paralaldéhyde au trional, à la morphine, au sulfonal ; la paralaldéhyde dissout ce dernier. Mais il y a une incomptabilité qu'il faut que je vous signale. La paralaldéhyde est une substance oxydante, et elle se comporte à ce point de vue comme l'eau oxygénée, elle décompose l'iodure de potassium en mettant l'iode en liberté, l'iodure est donc incompatible avec la paralaldéhyde. Très souvent on prescrit le bromure de potassium dans la même potion avec la paralaldéhyde ; dans ce cas, ce n'est pas le bromure que vous prescrivez mais c'est du bromate ou du brome, ce qui a moins d'inconvénient que lorsque vous donnez de l'iode pour de l'iodure. Mais vous voyez que la paralaldéhyde est une substance qui présente un certain intérêt et il était bon que nous l'étudions un peu.

(*Indep. med.*)

FORMULAIRE

FORMULES DE L'URÉTHANE (hypnotique).

Voici les formules conseillées par Huchard :

Solution.

Eau distillée.....	3 onces.
Uréthane.....	5 drachmes.

A prendre 3 à 4 cuillerées $\frac{1}{2}$ café le soir, dans une tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

Potion.

Eau distillée de tilleul.....	10 drachmes.
Sirop de fleurs d'oranger.....	5 —
Uréthane.....	1 —

Prendre en une seule fois le soir avant le sommeil.

Potion.

Eau distillée de tilleul.....	} à 5 drachmes.
Eau de fleurs d'oranger....	
Sirop simple.....	
Uréthane.....	3 grains.

Cette potion s'administrent aux très jeunes enfants. Une cuillerée à dessert toutes les 2 heures pour calmer l'excitation en cas de maladie fébrile.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

Travaux Originaux

SYPHILIS SPINALE.

Clinique de M. le prof. RENDU (1)

Le malade qui fera le sujet de la présente leçon est un homme de 45 ans, au n° 3 de la salle Trousseau. Entré depuis un mois. A eu de la tendance à faire de la gravelle il y a quelques années. Se présente avec une bonne santé apparente. Ce qui l'amène à l'hôpital, c'est une incontinence d'urine survenant d'abord le jour ensuite la nuit. A son entrée à l'hôpital il perdait involontairement ses urines, ne les sentait pas passer. N'avait ni la notion du besoin, ni la sensation du besoin d'uriner. De temps en temps une sensation vague de plénitude de la vessie, mais ne se sentait pas uriner du tout.

Du côté de l'intestin, de la parésie, caractérisée par de la paresse intestinale. A son entrée : la vessie est distendue remonte presque à l'ombilic. La pression sur cette masse lui donne une vague sensation d'uriner. Ce malade urinait donc par regorgement, donc paralysie de la vessie. (Pas de rétrécissement, pas d'hypertrophie de la prostate qui peuvent donner lieu à ces regorgements). D'où le catéthérisme se fait insensiblement pour le malade et l'urine s'écoule en lavant, la vessie ne se contractant nullement.

Ces symptômes doivent éveiller une cause centrale qui est une cause spinale. A côté de ce symptôme prépondérant, il y a des symptômes du côté de la motilité et de la sensibilité.

Du côté de la *motilité* : le malade marche lentement, un peu d'hésitation, soulève ses jambes avec difficulté, parcequ'elles sont raides. Il ne talonne pas comme les ataxiques il ne fait pas de steppage; il a de la lenteur, de la raideur, une certaine hésitation. Il pose cependant le pied avec précision.

L'analyse de ce trouble de la marche était assez compliquée le jour de son entrée. Ce malade avait une faiblesse incontestable des jambes, il ne pouvait pas se tenir sur une seule; couché il ne pouvait soulever que difficilement sa jambe. Cette homme n'avait pas la faiblesse de jambe d'un véritable paraplégique.

Ce qui contribuait à la difficulté de la marche c'était des spasmes des muscles.

Quand à l'élément sensitif le malade n'avait pas la

notion de la résistance du sol, pas la sensibilité du sol. Les yeux fermés et les pieds rapprochés, il titubait mais ne s'écrasait pas comme le véritable tabétique. Au point de vue des membres inférieurs, il avait une certaine habitude de la sensibilité qui portait moins sur la sensibilité tactile que sur la sensibilité douloureuse; une piqûre lui donnait la sensation du contact, l'anesthésie thermique était nulle, l'anesthésie à la douleur assez marquée.

Le Réflexe rotulien est très marqué. Les autres réflexes sont normaux. Pas de troubles trophique sérieux du côté des membres inférieurs, pas de sténose, pas de sueur, pas de mal perforant commençant, pas d'atrophie musculaire visible. Seulement on a constaté une légère escharre du côté du sacrum, due à l'irritation de l'urine dans le décubitus dorsal. Aucun trouble sensoriel, du côté de la vue et de l'odorat; pas de trouble psychique, pas d'embarras de la parole, pas d'hésitation de ce côté; pas d'altération du côté des viscères.

En résumé, les symptômes spinales se résument : incontinence d'urine, impuissance génésique avec paresse intestinale. De plus commencement de paralysie, décrite plus haut.

Réflexivité tendineuse augmentée et muscles flasques.

Beaucoup de malades, on le sait, entre dans le tabès par des troubles vésicaux indolents. Mais ce malade n'a pas les mouvements incoordonnés du tabétique.

Les tabétiques conservent la force et perdent l'équilibre. Notre malade conserve l'équilibre et perd la force. Chez le tabétique il y a toujours une période de douleurs fulgurantes. Notre malade n'a jamais eu ces douleurs.

Le signe de Romberg qui fait crouler un tabétique sur lui-même quand on lui fait rapprocher les pieds et fermer les yeux, ne se trouve pas chez notre malade.

Le réflexe rotulien qui fait défaut chez les tabétiques est ici non seulement conservé mais accentué. Une grande partie des tabétiques ont du myosis.

Dans le tabès, la marche de la maladie est ordinairement très lente. Ici la marche est très rapide, les troubles vésicaux n'ont commencé qu'en décembre dernier. Il faut donc éliminer le tabès. Ce n'est pas non plus de la sclérose latérale amyotrophique — ce malade, il est vrai, présente de la rigidité passagère des membres. — On n'a pas d'atrophie musculaire, ni d'affaiblissement réflexe.

Ce n'est pas une myélite transverse : une paraplégie absolue des membres inférieurs, avec accentuation tardive des réflexes, l'apparition précoce des escharres.

(1) Notes recueillies à l'hôpital Necker, Paris, par M. le Dr W.-J. Derome.

On arrive à l'idée de myélite circonscrite, diffuse, occupant la région dorsale de la moëlle ; parce que ce malade quand il se plaint de la constriction thoracique, c'est au niveau de la région dorsale. Quand la vessie est paralysée c'est dans la région dorsale que siège la lésion.

L'expérience sur les animaux montre, que lorsqu'on sectionne la moëlle lombaire on a de la paraplégie, mais pas nécessairement de la paralysie de la vessie.

Chez l'homme l'expérience clinique est très nette à cet égard. La fracture lombaire donne la paraplégie motrice et sensitive, tandis que dans la fracture dorsale on a non seulement de la paraplégie mais aussi de la paralysie vésicale.

La rigidité temporaire des muscles inférieurs serait due à l'excitation anormale des faisceaux latéraux.

L'aggrégation des réflexes tendineux s'expliquerait par l'excitation anormale de la substance grise.

Les troubles de la motilité répondraient à l'excitation des faisceaux antérieurs. Donc myélite diffuse.

La moëlle se prend sous l'influence de substances toxiques, sous l'influence des maladies infectieuses. Donc il faut rechercher les maladies infectieuses, puisque le malade n'est pas sous le coup d'une intoxication.

Mais notre malade, à aucune époque de sa vie, n'a eu de maladie infectieuse. J'avais d'abord cru à une influence saturnine. M. Gubler, en effet, aurait vu une espèce de pseudo-tabès d'origine saturnine. Mais ce malade n'a jamais eu de signes de saturnisme.

Il ne nous reste que la syphilis. A la face interne du pied gauche, il existe une ancienne cicatrice de la peau qui paraît être d'origine syphilitique : cicatrice grande comme une pièce de deux francs, autour il y a une zone caractéristique jambonnée.

Notre type aurait la paralysie spinale syphilitique de Herb. Dans les deux ou trois ans qui suivent le chancre syphilitique on voit des accidents insidieux : douleurs passagères plutôt rhumatismales, avec affaiblissement des jambes, puis d'une façon très précoce ces malades deviennent impuissants et ont de la peine à uriner ; ces malades commencent à avoir de l'incontinence d'urine avant d'avoir de la véritable paralysie. 1° Accidents précoces du côté de la moëlle et 2° paralysie s'accompagnant de rigidité spasmodique avec réflexivité tendineuse exagérée. Il y a flaccidité des muscles à l'état de repos contrastant singulièrement avec la réflexivité tendineuse. Les symptômes douloureux sont très peu

accusés, les troubles trophiques sont nuls. C'est le tableau clinique de Herb, qui répond bien à celui de notre malade.

La lésion primitive dans la syphilis de la moëlle est une lésion des vaisseaux ; elle résulte d'une artérite primitive. Presque toujours la phlébite est plus commune que l'artérite et l'on a des troubles intersticiels de la moëlle avec œdème de la face. Aussi à la longue, la substance de la moëlle s'altère, c'est la substance blanche qui s'altère la première. Dans la phlébite, il y a des symptômes de méningite de la moëlle, le malade souffre, il a de la rachialgie.

Le pronostic est bon dans ce genre de myélite, si le traitement est fait assez tôt.

Les éléments nerveux du cerveau ou de la moëlle sont tellement délicats que l'on ne peut pas prévoir une réparation complète de ces éléments.

Traitement.— Injection d'une seringue d'huile biiodurée au 1/500, tous les deux jours. Iodure potassium à l'intérieur, pointes de feu le long de la colonne vertébrale. Se garder de donner des excitants de la moëlle, noix vomique, etc.; électricité, on y a recours seulement à la fin.

GLANES CANADIENNES

Dominion Medical Monthly (Toronto, avril 1901)

Le Dr DANIEL CLARK, surintendant médical de l'Asile des Aliénés, — Toronto — dans un article intitulé *Popular delusions about the insane*, passe en revue la plupart des idées fausses du peuple au sujet des aliénés.

Il signale d'abord l'influence de la lune : c'est sans doute le mot *lunatique* qui a contribué en partie à faire naître les impressions populaires erronées sur les aliénés. Plus d'une superstition repose sur les influences lunaires. La lune aurait une immense influence sur la végétation, si bien qu'un grand nombre de cultivateurs régulent encore sur ses différentes phases, la semaille du grain. Pour les jardiniers la lune rousse gèle et roussit les jeunes bourgeons exposés à sa lumière, etc. Ces idées viennent sans doute de l'influence de la lune sur les marées ; mais en pathologie, ces superstitions ne trouvent aucune place.

Pour la masse, les aliénés seraient tous des maniaques plus ou moins dangereux : le théâtre aurait beaucoup contribué à vulgariser cette erreur. Les aliénés les plus dangereux ne seraient pas les soi-disant maniaques, mais bien les obsédés, ceux qui sont en proie à une idée fixe, tranquilles en apparence, mais tout le temps machi-

nant quelques idées de destruction, contre eux-même, ou contre les gardiens.

Ce sont souvent ces derniers qu'un jury est appelé à juger ; la preuve est écrasante, le jury n'examine que le fait, il ne peut étudier l'accusé, il ne lui est pas donné de connaître la démence, la folie et la potence suivent nécessairement un verdict de culpabilité.

Une autre erreur populaire, c'est que la folie est une maladie de l'intelligence : cette idée se trouve bien rendue dans ce vers du poète dramaturge "*Canst thou minister to a mind diseased*" ? La folie est une maladie organique, et les perturbations mentales ou morales sont les effets et non les causes de la maladie du cerveau.

L'auteur passe ensuite en revue les différentes théories sur l'intelligence, l'esprit et ses manifestations, et mentionne l'erreur qui voulait que tout aliéné fut un possédé du démon.

Enfin l'auteur termine par quelques considérations sur l'erreur qui veut que la folie soit un châtiment du ciel pour le péché commis, tel que définie dans un ouvrage moderne écrit par le Dr Burrows : "*Madness is one of the curses imposed by the wrath of the Almighty on His people for their sins.*"

Que de bons citoyens ont été victimes d'aberration par hérédité, par prédisposition, par suite d'une cause capable de réveiller la faiblesse latente : une insolation, une fièvre, un accouchement, un coup sur la tête, un grand chagrin, une inquiétude profonde, etc.

W. J. D.

Revue des journaux

MÉDECINE

Des abcès dysentériques tardifs du foie et du poulmon.

par M. LAFERRIÈRE (Th. de Lyon).

Les abcès dysentériques du foie peuvent être tardifs dans les limites capables d'étonner et qui ne sont pas établis par les auteurs. M. Laferrière rapporte des faits où ils ont évolué jusqu'à dix ou quinze ans après la guérison, réelle ou apparente, de l'entérite. Si bien que chez un malade soupçonné de suppuration hépatique, les antécédents dysentériques doivent être recherchés très loin dans le passé, presque aussi loin que le chancre induré dans un cas de syphilis par exemple.

Ces abcès sont généralement consécutifs à des dysenteries de forme sévère et prolongée. En outre, la période de santé apparente souvent très longue, qui sépare la dysenterie de l'écllosion de l'abcès, est souvent émaillée, si l'on y prend garde, de troubles intestinaux

plus ou moins légers. C'est vraisemblablement dans l'intestin que subsistent les germes infectieux destinés à provoquer l'hépatite ; d'autant mieux qu'on peut, comme dans une observation de l'auteur, constater à l'autopsie ces résidus dysentériques dans des cas où aucun symptôme intestinal ne pouvait les faire soupçonner. Les abcès tardifs du foie sont donc, relativement aux ulcérations dysentériques, probablement moins tardifs qu'il ne semble.

Ces abcès ont deux caractères cliniques principaux : une marche lente et torpide. Il en résulte deux caractères secondaires : leur ouverture fréquente dans les bronches et la stérilité du pus. Ils sont souvent méconnus et simulent des accès paludéens, des angiocholites calculieuses, des kystes hydatiques, des cirrhoses, des cancers, mais surtout la tuberculose pulmonaire.

La dysenterie chronique fruste peut réaliser d'autres suppurations viscérales que les abcès hépatiques. Le poulmon peut être ensemencé directement sous forme d'abcès pulmonaire dysentérique et peut-être sous forme de bronchite purulente dysentérique.

Les moindres troubles intestinaux, chez les anciens dysentériques, doivent être attentivement surveillés, l'ancienneté de l'entérite primitive n'étant pas, au point de vue intestinal, et même au point de vue hépatique, un gage absolu de sécurité pour l'avenir.

(L'Ind. méd.)

Le traitement de la pneumonie par le serum antidiphthérique.

par M. TALAMON (Soc. méd. hôp.)

La très longue et très intéressante communication de M. Talamon sur le traitement de la pneumonie par le sérum antidiphthérique, entre toutes, s'impose à l'attention. Nous regrettons que les limites forcément restreintes d'un compte rendu de société savante nous obligent à n'en donner qu'une idée forcément un peu abrégée. Laissons d'abord la parole à l'auteur lui-même :

" Si la pneumonie a été, parmi les maladies infectieuses, une des premières à bénéficier, au point de vue pathogénique, des recherches bactériologiques, on ne peut pas dire que le résultat heureux de ces recherches ait eu, jusqu'à présent, le moindre effet sur la thérapeutique. Les essais d'antisepsie pneumococcique par les injections ou les inhalations ont été vite abandonnées. Quant à la sérothérapie, elle en est toujours à la phase expérimentale et n'est guère encore sortie du laboratoire. Ce n'est pas que quelques tentatives faites sur l'homme ne soient encourageantes. Mais il est difficile d'obtenir un sérum anti-pneumococcique d'une activité efficace, et, il est encore plus difficile, le diplocoque lancéolé étant sans action sur les animaux de forte taille, de produire ce sérum en quantité suffisante. C'est précisément la

faible virulence du diplocoque qui m'a inspiré l'idée du traitement que je propose. Si la vitalité du microbe est si faible que, dans la grande majorité des cas, l'organisme humain en triomphe en quelques jours, pourquoi un sérum actif contre un autre microbe plus virulent, ne détruirait-il pas aussi cette vitalité ? Un seul sérum a paru jusqu'ici tenir les promesses de la sérothérapie : c'est le sérum antidiphthérique. Or, ce sérum comment agit-il ? Est-ce comme antitoxique, comme bactéricide, comme stimulant de la phagocytose ? Ce sont les trois hypothèses possibles, et toutes trois ont leurs partisans. En admettant une opinion éclectique, les deux premières supposent seules une action *spécifique* sur le bacille diphthérique, la troisième ne réclame qu'une action *spéciale* sur les cellules de l'organisme. Pour que cette action excitatrice "spéciale" se produise, la présence du microbe spécifique est-elle nécessaire ? Il est permis, sans invraisemblance, de croire que non, et qu'elle doit s'exercer, quel que soit l'ennemi microbien introduit dans l'organisme. Elle sera seulement d'autant plus effective que cet ennemi sera doué lui-même de propriétés plus banales et moins spécifiques. Or, le pneumocoque, agent d'inflammation ordinaire, n'a pas, à proprement parler, de toxicité spécifique. Il tue par l'étendue de ses lésions, il tue par infection intensive, mais il ne tue pas par intoxication, il n'empoisonne pas à la manière du bacille de la diphthérie, même dépouillé de son action antitoxique et bactéricide propre; le sérum antidiphthérique semble donc capable, par sa seule action excito-phagocytaire, de venir en aide aux cellules de l'organisme humain, dans la lutte contre le diplocoque pneumonique. En tout cas, l'emploi de ce sérum me paraît justifié dans le traitement d'une maladie où l'issue de la lutte dépend, non de l'intensité de l'attaque, mais de la puissance de la résistance. Est-il aussi justifié par les résultats obtenus ? Ceux que j'ai observés permettent au moins d'en recommander l'essai." Voyons ces résultats : M. Talamon insiste sur ce fait que tous les malades par lui traités appartenaient au milieu hospitalier et que jamais la mortalité n'est descendue dans son service au-dessous de 24 p. 100. (Elle est même montée à 37 p. 100, en 1899.) Il publie aujourd'hui les résultats obtenus dans une première série de 50 malades, traités de la fin de décembre 1899 à la fin de juin 1900, suivant les règles que nous allons dire. *Sur ces 50 malades 7 sont morts, soit comme mortalité 14 p. 100.* Cette statistique est singulièrement satisfaisante, si on la compare à la proportion de 37 p. 100, qu'avait donnée la mortalité pneumonique l'année précédente.

Or — ceci doit être mis en évidence — le sérum antidiphthérique est d'une parfaite innocuité. M. Talamon a pu injecter des doses énormes, jusqu'à 200 et 260 centimètres cubes en quelques jours, et cependant il n'a noté d'autres accidents que les phénomènes post-sériques bien connus : éruptions érythémateuses et douleurs articulaires. Or, la quantité de sérum est d'autant moindre que le traitement est institué plus précocement. Une pneu-

monie traitée dès le troisième jour ne doit pas demander plus de 20, 40 ou 60 centimètres cubes de sérum suivant l'âge des malades. Quand la pneumonie s'annonce très grave chez des sujets débilisés, misérables, dans les pneumonies adynamiques, avec aspect typhoïde, il ne faut pas hésiter à faire d'emblée deux injections de 20 centimètres cubes, une le matin, l'autre le soir et à répéter la même dose le lendemain, si la température n'est pas modifiée. Les jours suivants, on se contentera d'une seule injection, si l'amélioration ne se dessine pas. En suivant ces règles, on peut "abrégé la durée de la pneumonie, supprimer ou du moins réduire les chances de complications, et abaisser la mortalité de cette maladie aux environs de 10 p. 100". Jusqu'à présent, aucun traitement n'a fait mieux ni autant.

(Gaz. des hôp.)

Syphilis et tuberculose.

par M. MANSION (Th. de Nancy).

D'une importante étude, basée sur de nombreuses observations, M. Mansion conclut que la tuberculose affaiblissant l'organisme, et réduisant ses moyens de défense contre l'infection, donne bien souvent des syphilis malignes et provoque le tertiarisme.

Survenant chez un syphilitique en voie de guérison ou n'ayant plus que quelques rares accidents, la tuberculose réveille l'affection préexistante.

Elle donne ensuite aux divers lésions spécifiques certains caractères particuliers, propre au terrain tuberculeux : suppuration, ulcération, et adénopathies multiples.

La syphilis, en raison des charges qu'elle fait peser sur l'organisme, peut rendre un individu plus vulnérable en face de la tuberculose.

La syphilis survenant chez un individu prédisposé à la tuberculose par ses antécédents héréditaires, ou chez un individu ayant déjà eu des manifestations bacillaires, donne un coup de fouet à la tuberculose, la favorise, l'accélère et en aggrave considérablement le pronostic.

Un syphilitique récent devenant tuberculeux fera sous l'influence de cette affection antérieure une tuberculose aiguë, rapide.

La syphilis, se localisant fréquemment sur le larynx et y créant des ulcérations, mettra cette organe en infériorité, et par les ulcérations qu'elle aura provoquées, favorisera l'entrée et le développement du bacille de Koch.

Par contre, la tuberculose survenant chez un ancien syphilitique, ou chez un hérédo-syphilitique tardif, évoluera lentement, tendra même vers la guérison, la syphilis ancienne donnant à l'organisme des tendances fibroïdes.

La combinaison des manifestations syphilitiques et tuberculeuses est chose possible, admise.

Le pronostic est certainement plus grave dans ces associations morbides.

Le traitement répondra à deux indications. Il sera spécifique contre la tuberculose et spécifique contre la syphilis.

Le traitement des bacillaires syphilitiques comprendra tout d'abord un traitement général reconstituant : hygiène, suralimentation, toniques, etc., puis le traitement habituel de la tuberculose ; et enfin, le traitement spécifique, mais on se gardera bien de donner ici de l'iode de potassium, car par la vaso-dilatation et les congestions que ce médicament provoque, il y aurait à craindre des hémoptysies et une recrudescence du tubercule.

En somme la tuberculose et la syphilis ont une influence néfaste réciproque.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

De l'adénopathie inguinale dans les cancers viscéraux.

par M. CH. VIANNAY (Lyon).

(Suite)

2° EST-CE UN GANGLION CANCEREUX ? — Les adénites aiguës infectieuses, banales ou spécifiques, n'entrent pas ici en ligne de compte : leurs allures franchement inflammatoires, la constatation de leur lésion originelle les différencient trop nettement de l'adénopathie néoplasique.

Celle-ci ne peut guère être simulée que par certaines adénites chroniques simples, ou encore par la tuberculose et la syphilose tertiaire des ganglions.

L'adénite chronique débute insidieusement, comme l'adénopathie cancéreuse ; comme cette dernière, elle peut former dans l'aîne une masse dure, bosselée et indolente ; comme elle enfin, elle peut s'accompagner d'œdème du membre inférieur, ainsi qu'il arriva à un malade de M. le professeur Renaud.

Mais la longue durée de l'affection, jointe à son peu de retentissement sur l'état général, sa consistance plus molle, sa suppuration facile à l'occasion d'une poussée aiguë, la persistance de trajets fistuleux, permettent de la distinguer aisément de l'adénopathie cancéreuse.

Le bubon strumeux de l'aîne, avant sa période de caséification et de fistulisation, peut simuler assez bien l'adénopathie néoplasique. Mais seul, le bubon strumeux primitif est ici en cause, car la nature d'une adénite inguinale secondaire à une tumeur blanche, à une ostéite tuberculeuse du membre inférieur (Gangolphe), ou encore à un ulcère tuberculeux de la région ano-génitale, est suffisamment éclairée par la constatation de la lésion originelle.

Le bubon strumeux d'emblée, mono ou polyadénite-

ue, a une consistance plus molle, plus rénitente que celle du bubon cancéreux. Il arrive souvent à former (bubon massif de l'aîne) une masse bosselée, rénitente en certains points, molle et fluctuante en d'autres, remplissant la région inguinale et se continuant dans le bassin, avec une masse similaire formée par les ganglions iliaques. Ces caractères ne sont point ceux de l'adénopathie néoplasique. D'ailleurs si quelques doutes subsistaient, ils seraient dissipés lors de l'ulcération de la tumeur : on verra s'écouler du pus d'abcès froid mêlé de grumeaux caséux, s'il s'agit d'une lésion tuberculeuse, une sanie grumelleuse ou un liquide d'aspect gommeux, s'il s'agit d'un bubon cancéreux ramolli. En outre, caractère extrêmement important, un bubon cancéreux ne s'affaisse pas après évacuation de son contenu.

Les gommages syphilitiques des ganglions de l'aîne peuvent simuler l'adénopathie néoplasique. Mais les gommages ont en général une évolution bien spéciale : elles passent par les périodes classiques de crudité, de ramollissement, et d'ulcération, elles rétrocedent rapidement sous l'influence du traitement spécifique. Cependant, dans certains cas de gommages ulcérées, à tendances phagédéniques, le diagnostic pourra être très difficile à faire avec le cancer ganglionnaire qui, lui aussi, peut se ramollir et s'ulcérer. Mais l'ulcération néoplasique a des bords plus durs, plus renversés, la masse de la tumeur est plus bosselée, plus indurée, le traitement spécifique est sans influence sur elle ; enfin, s'il le fallait, l'examen histologique d'un fragment de tumeur excisée leverait tous les doutes. D'ailleurs, une adénopathie néoplasique n'arriverait pas à ce stade ultime de son évolution, sans que la tumeur originelle ait attiré l'attention.

Nous en aurons fini avec le diagnostic différentiel de l'adénopathie inguinale cancéreuse, quand nous aurons cité pour mémoire cette hypertrophie des ganglions de l'aîne, qui peut survenir à la suite d'un travail musculaire exagéré chez les gens qui cultivent la terre, ou encore chez les ouvriers de fabrique qui utilisent de préférence l'un des membres inférieurs (Gussenbauer).

3° LA NEOPLASIE GANGLIONNAIRE EST-ELLE SECONDAIRE ? — La grande rareté des néoplasmes primitifs des ganglions inguinaux rend cette partie du diagnostic assez aisée.

Ces néoplasmes rares peuvent être des lymphadénomes ou des sarcomes.

Le lymphadénome de l'aîne est caractérisé par la tuméfaction insidieuse, lente, sans douleur et sans réaction appréciable, des ganglions inguinaux. Il acquiert, sans s'ulcérer, un développement énorme et peut comprimer les vaisseaux fémoraux et le nerf crural. De plus, il est presque toujours accompagné de tumeurs semblables qui occupent les régions cervicales et axillaires.

Le sarcome ganglionnaire de l'aîne forme aussi une tumeur beaucoup plus volumineuse et évolue beaucoup plus rapidement que les adénopathies cancéreuses secondaires. De plus il s'étend du côté de la cuisse en suivant

la gaine des vaisseaux. Enfin le sarcome n'est jamais bilatéral et l'adénopathie secondaire revêt assez souvent ce caractère.

4° **OU SIEGE LE NEOPLASME PRIMITIF ?** — Nous avons vu plus haut que tous les cancers viscéraux, presque sans exception, peuvent retentir sur les ganglions inguinaux. C'est dire que le diagnostic du siège de la tumeur primitive nécessitera un examen complet de tous les viscères, aussi bien thoraciques qu'abdominaux. Cependant, comme les cancers sous-diaphragmatiques viennent en première ligne dans l'étiologie de l'adénopathie inguinale cancéreuse, l'examen devra porter surtout sur les organes abdomino-pelviens. Par la palpation attentive de l'abdomen, on cherchera s'il n'existe pas de masses néoplasiques ou d'épanchement ascitique ; par le toucher rectal et vaginal, on explorera les organes pelviens. On accordera une attention spéciale à l'ombilic qui est, comme on le sait, un chemin volontiers suivi par les néoplasmes en voie de généralisation. Enfin, on analysera minutieusement tous les symptômes subjectifs.

5° **QUELLE EST LA NATURE DU NEOPLASME PRIMITIF ?** — La réponse à cette dernière question sera donnée le plus souvent par l'autopsie et l'examen microscopique des pièces. Nous ne pensons pas que les seules données de la clinique puissent fournir les éléments du diagnostic de la variété histologique du néoplasme ; le calcul des probabilités indique seulement que l'on aura affaire le plus souvent à des épithéliomes ou à des carcinomes, rarement à des sarcomes. L'intérêt pratique de ce diagnostic est d'ailleurs nul.

(Gaz. des hôp.)

La tension intermittente de l'épigastre.

M. Bouveret décrit sous ce nom un nouveau signe qu'il pense avoir été confondu jusqu'ici avec le signe de l'ondulation épigastrique.

Le malade étant couché, on observe à la partie supérieure de l'épigastre une tuméfaction qui, à la palpation, donne à la main la sensation d'un ballon de caoutchouc modérément gonflé.

Cette tuméfaction est sonore et la sonorité varie suivant le degré de la tension de la paroi gastrique. "Elle est immobile, elle ne se déplace point à droite ou à gauche, elle n'est point agitée de petites ondes rappelant celles de l'ondulation épigastrique. Mais, pendant que vous l'observez, elle s'affaisse plus ou moins brusquement, et aussitôt rétablit la symétrie des deux moitiés droite et gauche de l'épigastre. Puis, apparaît un nouveau soulèvement peu de temps après suivi d'un nouvel affaissement. Ces alternatives se continuent ainsi pendant une durée variable, quelquefois pendant dix à quinze minutes. Elles donnent l'impression, à la vue et au toucher, d'un ballon alternativement gonflé et dégonflé par le jeu d'une pompe foulante et aspirante."

Ce signe souvent peu apparent, doit être cherché de parti pris dans les premières heures qui suivent l'ingestion des aliments. Il faut souvent le provoquer par la succussion ou la dépression brusque de la paroi abdominale.

"On pourrait dire que la tension intermittente de l'épigastre représente le spasme tonique de l'estomac, tandis que l'ondulation épigastrique en représente le spasme clinique."

M. Bouveret considère ce signe comme un signe très précoce de la sténose pylorique, organique ou spasmodique, il apparaîtrait avant l'ondulation épigastrique et c'est là ce qui légitime la distinction de ces deux signes.

(Lyon méd. — Gaz. des hôp.)

De la thérapeutique chez les nourrices dans ses rapports avec la sécrétion lactée.

par M. HOUSELOT (Thèse de Paris.)

L'action des médicaments soi-disant galactogènes, dit M. Houselot, est presque toujours illusoire ; seuls les moyens mécaniques sont véritablement actifs ; la succion le trayage, l'entraînement à allaiter sont les meilleurs galactogogues.

Pour amener un résultat contraire, c'est-à-dire la suppression de la sécrétion lactée, ce sont encore les moyens mécaniques qui sont seuls efficaces (compression des seins et interruption du nourrissage).

Quelques médicaments peuvent passer dans le lait et par conséquent intoxiquer le nourrisson : l'alcool, l'opium, l'atropine, la jusquiame, la cocaïne, l'arsenic, le chloral, l'iode, le mercure et leurs composés. On devra donc éviter de les prescrire aux nourrices. La digitale, l'ergot de seigle, l'antipyrine, le salicylate de soude, passent également dans le lait, mais s'éliminent en si petite quantité qu'ils peuvent être prescrits sans inconvénient. La quinine peut être employée à condition que la nourrice la prenne aux repas, car la glande mammaire ne l'élimine abondamment que si le médicament est pris à jeun. La cocaïne et le camphre restreignent la sécrétion du lait, le fer paraît l'augmenter.

On a cherché à utiliser le passage des médicaments dans le lait des nourrices pour le traitement de certaines affections des nourrissons. Mais ordinairement l'altération du lait, l'impossibilité d'un dosage rigoureux ne permettent pas de l'employer. Exception faite cependant pour la syphilis, dans laquelle cette méthode de traitement peut trouver son application : à condition que la sécrétion du lait et ses qualités nutritives n'en soient pas troublées. Il vaut mieux en général recourir au traitement hydrargyrique direct dès que l'enfant se trouve en état de le supporter.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Du traitement des fractures de jambes,

par M. le prof. TERRIER.

(Suite.)

2° *Fractures ouvertes.* — Quand, dans une fracture de jambe, les téguments ont une solution de continuité, il est urgent de s'assurer si la plaie communique avec la fracture.

Cette communication est souvent évidente, c'est quand la plaie siège au niveau du foyer de fracture ; parfois on aperçoit l'extrémité des fragments dans la profondeur ; mais bien souvent c'est l'extrémité du fragment supérieur qui, plus ou moins pointue, est venue perforer les téguments probablement au-dessous du foyer de la fracture, puis est rentré à l'intérieur. Dans ces cas on trouve une plaie, souvent petite, et qui ne paraît pas en rapport avec la fracture ; il est pourtant un signe qui permet d'affirmer le diagnostic de fracture ouverte, c'est l'issue d'une certaine quantité de sang par la plaie ; ce sang est souvent plus ou moins noirâtre : il sort parfois en plus grande abondance quand on presse sur le foyer de fracture.

D'ailleurs, en cas de doute, il ne faut pas hésiter et considérer la fracture comme une fracture ouverte ; il y a en effet grand danger à traiter la plaie comme superficielle, à nettoyer la peau et à faire un pansement occlusif. C'est qu'il n'y a aucun rapport mathématique entre l'étendue de la plaie extérieure et le degré d'inoculation du foyer. Aussi dans l'incertitude doit-on toujours craindre une septicité redoutable du fragment réintégré.

Dans ces cas il faut ouvrir, et ouvrir largement ; il n'y a à cela que des avantages ; on étanche l'épanchement sanguin qui est à la fois un excellent milieu de culture et un obstacle à la réunion ; on explore le foyer de fracture on enlève les esquilles, les corps étrangers ; on nettoie et on résèque les extrémités souillées, enfin on peut obtenir une réduction parfaite.

Mais ici une distinction s'impose : 1° la réduction est facile à maintenir ; 2° le déplacement se reproduit facilement.

Dans le premier cas, on peut se contenter de réduire, de drainer et d'appliquer un appareil plâtré. La suture est inutile : elle peut même, dans certains cas, être nuisible ; c'est qu'on opère en milieu infecté, on n'est jamais sûr de l'asepsie de son foyer, même après une désinfection méthodique et minutieuse ; c'est pour cela qu'on draine ; et c'est pour cela que des fils métalliques risqueraient de jouer le rôle de corps étrangers et d'entretenir une suppuration interminable.

Si la fracture ne se maintient pas réduite, la suture, au contraire, est nécessaire ; si plus tard, après consolidation, la plaie restait fistuleuse, rien ne serait plus facile que d'extirper les fils métalliques.

Voici donc, en résumé, la conduite à tenir dans un cas de fracture ouverte. Nettoyer, raser, savonner sur une large étendue le membre fracturé ; inciser largement le long de la face interne du tibia en agrandissant la plaie ; réséquer les bords cutanés plus ou moins mâchés, étancher le sang et les caillots, faire sortir les extrémités fracturées, les nettoyer avec soin en les frottant avec une compresse ou en réséquant les parties qu'on suppose souillées ; lever les obstacles à la réduction s'il en existe ; cette réduction obtenue, suturer ou non les fragments suivant que la fracture est coercible ou ne l'est pas ; dans toutes ces manœuvres on peut et on doit suivre les règles de l'asepsie pure ; les antiseptiques, souvent inutiles, peuvent devenir nuisibles en tuant des tissus déjà lésés.

Dans les fractures à grand fracas, la conduite peut être différente ; il faut encore ici conserver à tout prix. Sans doute, lorsque les parties molles sont presque entièrement détruites, que vaisseaux et nerfs sont coupés, personne ne songera à garder un membre que la peau seule rattache encore au reste du corps. Mais malgré les plus grands délabrtements, si l'on peut garder l'espoir, même le plus hasardé, il faut conserver : dans les cas où le malade arrive en état de shock, il faut absolument proscrire une intervention immédiate ; ce serait la mort dans les quelques heures qui suivent l'opération. Il faut embaumer le membre le plus proprement possible et réchauffer le malade. Puis, plus tard, le lendemain même, si la gangrène ne menace pas le membre, on peut procéder à un nettoyage complet à la surface et dans la profondeur : on réséquera au besoin les extrémités osseuses si leur degré de souillure rend illusoire tout essai de nettoyage ; dans ces cas on tentera la suture osseuse et on drainera largement. Mais il faut savoir qu'une complication tardive, l'ostéomyélite chronique, guette le blessé. Cette complication, possible dans tous les cas de fracture ouverte, nécessite des interventions secondaires, ablation des séquestres, résections, etc. Et vous pouvez voir dans nos salles un exemple de cette ostéomyélite chronique succédant à une ancienne fracture ouverte.

Traitement consécutif à la consolidation. — Le cal une fois solide, il ne faut pas croire le traitement terminé : le membre est encore dans un état d'infériorité manifeste, et ce n'est qu'après des semaines et même des mois de traitement patient qu'il aura récupéré sa valeur première.

C'est à ce moment que prend place le massage, qui doit porter sur les muscles atrophiés, sur les articulations enraidies. L'électricité est un précieux adjuvant du massage. De même l'hydrothérapie : bains et douches sulfureuses ou salines. Enfin on fera faire au malade des exercices méthodiques ; il se livrera à l'exercice de la marche d'une façon modérée et reprendra progressivement l'usage de son membre pour en retirer les mêmes services qu'avant son accident.

Je veux encore, en terminant, vous rappeler les prin-

cipes fondamentaux du traitement des fractures de jambe :

Réduire toujours et le plus rapidement possible ;

Si la réduction est obtenue, appliquer immédiatement un appareil plâtré ;

Si la fracture est irréductible ou incoercible, ouvrir le foyer de fracture et suturer s'il est besoin ;

En cas de fracture compliquée, intervenir toujours et d'urgence pour nettoyer le mieux possible les extrémités fracturées.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Ulcération tuberculeuse de la lèvre. — Examen et diagnostic des ulcérations labiales en général.

par M. CAMPENON.

Messieurs,

Je désire vous exposer aujourd'hui la méthode d'examen des ulcérations labiales, à propos d'un malade qui présente une lésion rare de cette espèce, appartenant à la variété tuberculeuse.

Lorsque vous êtes en face d'un individu atteint d'une perte de substance plus ou moins étendue au niveau des lèvres, si vous voulez arriver sûrement, et assez rapidement, au diagnostic exact de sa nature, l'interrogatoire et la recherche des signes objectifs doivent être conduits d'une façon systématique, et dans l'ordre suivant :

D'abord, il faut déterminer la durée de l'affection ; en second lieu, savoir si elle est ou non douloureuse ; ensuite, quand cela est possible, vous informer de son mode de début ; ces renseignements préliminaires étant donnés, vous procéderez à l'examen direct. Nous allons passer en revue successivement chacune de ces opérations.

1° *La durée.* — C'est une notion facile à obtenir et qui a son importance, car elle permet de rétrécir dans une large mesure le champ des hypothèses. En effet, une marche aiguë et rapide concerne presque exclusivement le chancre. S'il s'agit, au contraire, d'une lésion ancienne deux cas peuvent se présenter : ou bien il s'agit d'une évolution longue proprement dite, se comptant par années, comme dans le lupus et l'actinomyose ; ou bien de durée moyenne, six mois à un an, telle qu'on l'observe pour l'épithélioma et la plaque muqueuse.

2° *La douleur.* — Elle est nulle dans l'actinomyose représentée par une simple gêne dans la plaque muqueuse ; par de la démangeaison, de la cuisson, au début du chancre, ou de l'épithélioma ; pas des douleurs vives, intenses, dans l'épithélioma avancé. Dans la lésion tuberculeuse, deux cas peuvent se présenter : ou bien elle est indolore : c'est le cas de notre malade ; ou bien, au contraire, elle s'accompagne de douleurs excessives,

surtout de contact, ainsi que j'en ai observé un exemple à Cochin.

Enfin, dans les ulcérations de cause dentaire il peut y avoir des douleurs très vives au moment de la mastication.

4° *Le début.* — Logiquement, c'est à ce moment qu'il serait intéressant de connaître la manière dont a commencé la maladie. Si vous avez affaire à un malade intelligent, vous obtiendrez quelques renseignements à cet égard ; mais, dans la plupart des cas, ce seront des racontars interminables auxquels je vous engage à couper court comme inutiles et oiseux. Plus tard, quand vous aurez terminé votre examen et serez à peu près fixé sur la nature du mal, peut-être aurez vous un élément utile à tirer de cet interrogatoire.

Dans l'ulcération tuberculeuse, le début se fait généralement à l'insu du malade.

4° *L'examen direct.* — Il doit porter successivement sur le point malade lui-même : lèvre ; puis à son voisinage immédiat : gencives, dents, cavité buccale, sur la région ganglionnaire correspondante ; enfin, à distance, sur le corps entier. Pour cet examen, vous vous servirez successivement de l'œil et des doigts.

Ne faites d'abord que regarder attentivement, sans y toucher, la surface ulcérée, et cherchez à établir, l'un après l'autre, les éléments suivants : 1° Le siège exact de l'ulcération. La lèvre présente, pour l'œil du chirurgien, trois surfaces bien différentes : la face postérieure ou dentaire, le bord libre, la face cutanée. Lorsque l'ulcération siège sur la face postérieure et qu'il faut retourner la lèvre en dehors pour la bien voir, il y a de grandes présomptions en faveur d'une simple ulcération de cause dentaire ; mais vous pouvez également avoir affaire à une plaque muqueuse, voire à l'épithélioma. Cantonnée sur la peau, empiétant légèrement la muqueuse du bord libre de la lèvre, la lésion appartient à la scléro-gomme ou au lupus.

Enfin, c'est sur le bord libre que s'observent les ulcérations les plus fréquentes : le chancre, l'épithélioma, l'ulcération tuberculeuse, la plaque muqueuse, l'actinomyose ;

2° Le siège de l'ulcération étant précisé, recherchez quelle est sa forme, sa couleur, son étendue. Le chancre est caractérisé par une ulcération petite, régulièrement arrondie ; la plaque muqueuse est oblongue, suivant l'axe de la lèvre, presque de niveau avec la muqueuse labiale. Une surface irrégulière, déchiquetée est le propre de l'épithélioma, de plus, celui-ci offre des bords épais, renversés "en pot de chambre," tandis que les lésions précédentes se continuent insensiblement avec les parties adjacentes.

L'aspect des différentes affections est plus ou moins caractéristique. Le chancre se reconnaît à sa couleur rouge-cuiré ; la plaque muqueuse est rose, opaline, d'apparence gélatineuse. L'ulcération tuberculeuse offre des bourgeons charnus rappelant le frai de grenouille,

ainsi que vous l'avez constaté chez notre malade. Dans le lupus et la scléro-gomme on trouve des ulcérations multiples entremêlées de cicatrices et la lèvre est énorme et pendante.

Vous rechercherez attentivement la présence de petites granulations jaunes, qui peuvent être de trois sortes : les unes sont situées *autour* de la surface ulcérée, adhérentes, se détachant sur le fond violacé de la muqueuse : c'est le semis tuberculeux, que je vous ai montré sur notre malade. Les secondes apparaissent à l'intérieur même de l'ulcération et sont constituées par de petites masses de couleur jaunâtre ou jaune sale, du volume d'une tête de petite épingle, incrustées dans le derme mais énucléables par pression interdigitale sous forme de filaments vermicellés : ce sont les cylindres épidermiques caractéristiques de l'épithélioma.

Enfin, la troisième catégorie est représentée par les granulations actinomycosiques, masses jaune clair, sphériques, grosses comme un gros grain de millet, dures, résistantes, difficiles à écraser entre les doigts, flottant dans un liquide purulent.

Le palper. — Il a pour but de déterminer l'absence de l'existence d'induration à la base de la lésion, et d'en préciser l'étendue. Si vous voulez que cette recherche soit fructueuse, évitez la pratique détestable qui consiste à pincer la lèvre avec une seule main. Il faut saisir l'épaisseur labiale entre le pouce et l'index de chaque main, de chaque côté de la tumeur, l'index étant placé dans le sillon dentaire, le pouce en dehors.

D'autre part, le procédé de pincage ou d'écrasement est mauvais ; il ne donne, par exemple, aucun résultat positif dans le chancre, dont l'induration parcheminée est très nette, mais qui à cause de sa faible épaisseur échappe à cette manœuvre. Le procédé que j'emploie et que je vous recommande, en pareil cas, consiste dans le pincement-glissement, c'est-à-dire que, saisissant la tumeur par les extrémités du diamètre, on la roule pour ainsi dire, en rapprochant les doigts l'un de l'autre.

Mais il y a à faire une remarque à ce sujet. N'oubliez pas que l'induration peut se développer artificiellement sous l'influence de la cautérisation ou d'applications irritantes sur la plaie. Que de fois serait-on tenté d'accuser de spécificité des ulcérations herpétiques de la verge, par exemple, à cause d'une induration nettement constatée, alors qu'il ne faut invoquer qu'un usage plus ou moins abusif de médicaments cautérisants, tels que : poudre d'alun, vin aromatique, insufflations de calomel, etc. Donc, n'accordez de valeur à ce signe qu'à la condition d'être au préalable parfaitement renseigné sur le traitement antérieurement suivi par le malade.

Cette réserve faite, vous pouvez tirer certaines deductions des caractères de l'induration. Très dure, ligneuse, elle appartient à l'épithélioma. Pâteuse, molle, d'apparence œdémateuse, elle accompagne l'actinomycose, le lupus. Dans le chancre elle est parcheminée, craquant sous les doigts.

Si j'ai cru devoir étudier isolément ces différents éléments caractéristiques des ulcérations labiales, c'est à la fois pour être clair et parce que je pense que telle doit être, effectivement, votre manière de procéder sur le malade. Mais il va sans dire que la considération individuelle de chacun d'eux n'a le plus souvent qu'une valeur médiocre et c'est de leur comparaison que ressort la notion étiologique.

Ainsi la valeur de l'induration se mesure non à son étendue propre, mais au rapport de celle-ci avec la surface ulcérée (c'est la statue et son piedestal). Cette question peut se résumer de la façon suivante :

Ulcération étendue, superficielle ; induration nulle, à peine un léger épaississement des tissus sous-jacents ; plaque muqueuse.

Ulcération grande comme une lentille, un petit pois, une pièce de cinquante centimes ; base indurée moins grande et moins épaisse, très dure ; lésion récente et déjà avancée : chancre syphilitique.

Ulcération petite comme un grain de millet ; induration basale de dimension beaucoup plus considérable (4 à 10 fois) : épithélioma. J'insiste sur ce signe qui m'a permis de dépister et d'opérer à son début initial un malade atteint de cette redoutable affection.

Ulcération et induration à peu près égales ; ulcération tuberculeuse.

(à suivre)

GYNECOLOGIE

Des douleurs intermenstruelles périodiques.

par M. HAGOPOFF (Soc. impér. méd. Constantinople.)

Sous le nom de *dysménorrhée* les auteurs ont injustement réuni un groupe de douleurs périodiques menstruelles de causes diverses qu'il importe pourtant de bien différencier les unes des autres pour rendre à chacune la part méritée dans la détermination de cette manifestation douloureuse, considérée à tort comme une entité morbide, et par conséquent pour pouvoir se guider dans la conduite à tenir, qui diffère nécessairement suivant les cas.

Une malade que j'ai observée, il y a près de quatre mois, m'a paru devoir présenter, sous ce rapport, un réel intérêt tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue thérapeutique. Aussi vous demanderai-je la permission de rapporter ici son histoire, d'ailleurs très courte que voici :

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans ; elle a eu ses premières règles à quatorze ans et demi ; toujours bien réglée, elle s'est mariée à vingt-et-un ans et elle a accouché spontanément à vingt-deux ans, d'un garçon qu'elle n'a nourri au sein qu'un mois. Suite de couches normale. A partir de vingt-cinq ans les règles ont été

toujours douloureuses, sans causes appréciables, sauf un léger catarrhe cervical. Elle redevint enceinte à vingt-sept ans et fit, au cinquième mois, une fausse-couche à la suite d'une chute de voiture (?). Elle a remarqué que ces crises douloureuses, qui avaient disparu complètement pendant tous le cours de la grossesse, ont reparu après l'avortement d'une façon toujours identique, et cela jusqu'à l'époque où elle vint me consulter.

La malade me raconte que les douleurs surviennent le neuvième ou dixième jour après la fin de ses règles qui durent cinq jours; parfois elles éclatent le quinzième jours après le début des règles. Ces douleurs qui siègent d'après les indications de la patiente, dans la région sus-pubienne et qui persistent trois ou quatre jours avec leur maximum d'intensité vers le second jour de leur apparition, s'accompagnent constamment des envies fréquentes d'uriner. La malade a été soumise, pendant fort longtemps et sans amélioration notable de son état, à différents traitements (cautérisations argentiques, tampons glycerinés, iodé, cocaïnés, etc.) elle a même subi un curetage de l'utérus sans que le catarrhe utérin ni les douleurs eussent disparu.

A l'examen local, j'ai constaté une antéversion utérine exagérée, le fond de l'utérus reposant sur la vessie et l'orifice du museau de tanche regardant directement sur le rectum; au speculum, il fallait accrocher le col en arrière et en haut pour abaisser cet organe et voir l'orifice.

Rien de particulier du côté de l'utérus ni du côté de ses annexes.

D'après cette observation, il s'agit donc d'un cas de dysménorrhée, forme intermenstruelles, Mittelschmerz des allemands, puisque les douleurs ne coïncident pas avec l'époque menstruelle, et leur siège ne correspond non plus aux points douloureux d'élection des névralgies lombéo-abdominales pour y rapporter leurs origines.

Le Mittelschmerz existe réellement, et ne doit pas être confondu avec les douleurs causées par une affection utérine ou annexielle, comme le font certains auteurs.

Les douleurs intermenstruelles périodiques ont été, pour la première fois, signalées par Sorel (de Villers-Bretonneaux) en 1887. Peu après, Palmer avait constaté ces accidents chez une malade dont il publiait l'observation. En 1898, Bouilly étudiait, dans un article paru dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* une série de troubles survenus dans l'intervalle des époques cataméniales chez des femmes dont les organes génitaux paraissaient sains. Fassina fit en 1899, sur ce sujet, un travail basé sur des observations recueillies dans le service du Dr Campenon.

Pour ces auteurs, la crise douloureuse apparaît sans cause apparente, du dixième au douzième jour en moyenne (Bouilly) et varie entre le sixième et le quinzième jour (Fassina) des règles. Son siège réside dans la région hypogastrique ou plutôt dans la région sus-pubienne. Cette douleur dure tantôt trois jours, tantôt plus, cinq à

six jours, parfois même elle se prolonge jusqu'aux prochaines règles, et dans ces cas, elles n'offrent point cette acuité des premiers jours; elle est absolument apyrétique.

Parallèlement à la douleur, on aurait aussi observé des pertes vaginales blanches ou glaireuses ou rosées; parfois même, il existerait un écoulement hydropurulent quoique d'une façon inconstante.

D'après Bouilly, ces phénomènes ne s'observent jamais au delà de quarante ans: leur maximum de fréquence est aux environs de trente ans. Pour cet auteur, ces accidents auraient pour cause une congestion ovarienne intermenstruelle, déterminant de la douleur et de l'écoulement à la suite d'une modification survenue dans la circulation vaso-motrice de l'utérus. Bref, il y aurait menstruation intercalaire. Fassina se rallie lui-même à cette hypothèse et admet une congestion ovarienne, une ovulation récurrente douloureuse.

Keiffer (de Bruxelles) ayant rapporté, de son côté, des cas de douleurs intermenstruelles devant le Congrès International de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Amsterdam en 1899, croit qu'il faut y voir une ovulation en dehors de la menstruation, et que l'ovulation, survenant vingt à vingt-cinq jours après la menstruation, aurait pu déterminer un peu de congestion utérine; en d'autres termes, cet auteur attribue ces phénomènes à une ovulation déviée, se produisant en dehors de la menstruation.

A vrai dire, nous ne sommes pas encore suffisamment édifiés sur la physiologie de la menstruation normale pour pouvoir, sans courir le risque de tomber dans le domaine des hypothèses, interpréter le mécanisme intime de toutes les formes de la dysménorrhée, dont on a singulièrement multiplié le nombre. Je dois faire toutefois remarquer que les auteurs semblent avoir méconnu ou du moins n'ont pas fait mention des envies très fréquentes d'uriner dont se plaignent aussi la plupart des femmes pendant toute la durée de leur crise intermenstruelle, ce qui s'explique, à notre avis, par le poids de l'utérus, pesant sur la vessie dans l'antéversion utérine très prononcée dont elles sont atteintes, comme cela a été, du reste, le cas de ma malade. Bien entendu, il n'est pas question chez elle, d'une dysménorrhée d'origine ovarienne, due à une malformation, parce que si les douleurs apparaissent souvent dans ce cas, six à dix jours avant les règles, elles continuent néanmoins avec celles-ci et datent généralement dès l'âge de la puberté, dès les premières règles. Or, rien de tout cela chez ma malade.

Ces femmes restent d'ailleurs stériles dans l'extrême majorité des cas, en raison de l'arrêt de développement des ovaires et de la sténose cervicale qui l'accompagne souvent.

C'est précisément, en me basant sur le ténésme vésical constaté chez ma malade, que je suis arrivé, pour

la forme intermenstruelle de la dysménorrhée, à la pathogénie suivante :

Il existe deux facteurs :

Un premier, le principal qui domine la scène, c'est le nevrosisme général ou mieux l'hyperexcitabilité nerveuse ;

Un deuxième facteur, occasionnel, tout mécanique, c'est le poids de l'utérus pesant sur l'organe vésical, ce qui explique le siège de la douleur maximum dans la région sus-pubienne.

En effet, l'utérus, augmentant de volume pendant la grossesse, se redresse, remonte dans la cavité pelvi-abdominale, et par conséquent pèse moins sur la vessie ; d'où la suppression des réflexes douloureux. Pendant les règles, l'utérus congestionné s'élève aussi, quoique légèrement, dans la cavité abdominale (Rodier) ; après les règles il retombe graduellement pour revenir à sa situation antérieure et met plusieurs jours à accomplir sa bascule complète sur le fond vésical (Schultze) ; de sorte que la crise douloureuse ne débute que vers le sixième, septième, huitième jour après la fin des règles.

Au moment où la matrice a basculé à fond, cette douleur est des plus intenses, puis l'organisme finit par s'accoutumer à cette situation utérine et tout rentre dans l'ordre jusqu'à l'époque correspondant des prochaines règles où se renouvellent les mêmes phénomènes, suivant toujours le même mécanisme ; d'où la périodicité. Et puisque les deux facteurs en jeu ne peuvent intervenir dans la détermination de ces crises douloureuses que pendant la durée de la période génitale active, on comprend dès lors pourquoi leur fréquence a lieu surtout aux environs de trente ans.

Le mode pathogénique, que je viens de décrire, m'a paru aussi justifié par les résultats du traitement basé sur lui et institué à ma malade. Il a consisté, outre le traitement général, en un repos au lit dans le décubitus horizontal pendant les périodes correspondantes à ces crises, ainsi que dans le redressement utérin suivi d'un port de pessaire de Hodge, le meilleur. C'est là sans doute un moyen palliatif, mais des plus démonstratifs pour confirmer le rôle réellement pathogène de l'antéversion utérine dans les douleurs intermenstruelles observées chez ma malade, attendu que ses douleurs ont presque disparu aujourd'hui grâce à la réduction.

Par crainte de récurrence, je lui ai bien conseillé la vagino fixation postérieure de l'utérus, moyen certainement le plus radical, mais la patiente ne paraît pas, jusqu'ici encore, bien disposée à l'accepter.

(Méd. Orientale.)

PEDIATRIE

Variole des nouveau-nés.

M. Roger (Soc. méd. des hôp.) a eu l'occasion d'observer, dans son service, onze femmes enceintes, atteintes

de variole, qui ont accouché à terme ou près du terme. Les enfants, au premier abord, paraissent absolument normaux. Mais, en prenant leur température, on constate qu'ils sont tous hypothermiques. Le thermomètre, introduit dans le rectum, ne monte jamais à 37°. Le plus souvent il reste au-dessous de 36°. Dans quelques cas il tombe rapidement à 31°, 30° et même 28°. Trois enfants ont succombé quatre, six et onze jours après leur naissance, n'ayant pour tout symptôme que de l'hypothermie et de l'ictère. Un autre présentait, en plus, la veille de sa mort, une éruption scarlatiniforme. Enfin, dans les sept autres cas, l'évolution a été plus complète ; elle a abouti au développement d'une éruption variolique. Celle-ci est précédée généralement d'une élévation de la température qui atteint ou dépasse le chiffre normal. On constate, le lendemain, quatre ou cinq papules qui se remplissent d'une petite quantité de liquide louche et se dessèchent rapidement. L'enfant succombe deux ou trois jours plus tard avec des températures fort basses ; dans un cas le thermomètre tomba, deux heures avant la mort, à 27°.

Cependant l'évolution des éléments éruptifs peut se faire comme chez l'adulte. Deux fois les papules subirent une véritable transformation purulente.

Malgré sa gravité, la maladie n'est pas forcément mortelle. Un enfant a guéri après avoir eu, à un moment un température centrale de 33°.

En résumé, la variole des nouveau-nés diffère totalement de la variole des adultes. Elle s'annonce par une hypothermie, généralement énorme. Puis l'ictère apparaît : alors deux évolutions sont possibles : ou bien l'enfant s'affaiblit et meurt en hypothermie sans présenter d'autres symptômes, ou bien une éruption apparaît, coïncidant le plus souvent avec une élévation de température, et caractérisée par des papules peu nombreuses qui ne tardent pas à se flétrir et à se couvrir de croûtes.

Cette évolution si spéciale, dit l'auteur, est tout à fait comparable à celle qu'on observe chez quelques animaux. J'ai montré, avec M. Weil, que les lapins inoculés, avec du pus variolique succombaient presque tous. Généralement ils n'ont pas d'éruption, ou bien ils présentent, comme les nouveau-nés, des papules peu nombreuses qui se dessèchent sans se remplir de pus, puis ils maigrissent et meurent en hypothermie.

L'analogie qui existe entre la variole des nouveau-nés et la variole du lapin tient, en partie, à ce que, dans les deux cas, l'inoculation est massive : Nous injectons aux animaux des doses considérables de pus. Or, chez le fœtus, les microbes pénètrent en grand nombre. J'ai eu l'occasion d'étudier, avec M. Weil, l'eau de l'amnios de deux femmes enceintes atteintes de variole confluente ; le liquide renfermait une quantité prodigieuse de corpuscules que nous considérons comme les agents de la maladie. Ce résultat démontre en même temps que les éléments, par nous décrits, ne sont pas de simples débris

nucléaires provenant des leucocytes, car ces cellules faisaient presque complètement défaut dans ces deux cas.

Sans vouloir insister sur les considérations théoriques auxquelles se prête l'étude de la variole des nouveau-nés, je crois que la connaissance de son évolution si spéciale présente un certain intérêt pratique ; les caractères de la courbe thermique et de l'éruption lui donnent une physionomie particulière et lui assurent une place à part dans les formes cliniques de cette infection.

(*Indep. méd.*)

Matière médicale et thérapeutique

Les sérums artificiels.

par M. L. HALLION.

Le terme de "sérum artificiel" a été critiqué à bon droit, car aucun des liquides ainsi dénommés n'imitent, même grossièrement, la composition si complexe du sérum sanguin.

Les sérums artificiels peuvent être divisés en trois catégories suivant qu'ils sont dilués, concentrés ou médicamenteux.

La solution de chlorure de sodium à un titre voisin de 7,5 %, représente le sérum artificiel le plus usité. L'innocuité de cette solution est démontré aussi largement que possible.

L'injection sous-cutanée est le mode d'emploi le plus usité. On sait qu'il est bon de ne pas trop dépasser 250 grammes à la fois, en un même point, et qu'il ne faut pas précipiter la vitesse dans l'injection.

Le haut degré d'immunité dans ces injections doit être tout d'abord rappelé.

Pour ce qui concerne leurs effets, la théorie du lavage du sang ne semble pas établie d'une façon péremptoire, ni au point de vue expérimental, ni au point de vue clinique. Il faut attribuer un rôle de premier ordre à d'autres effets physiologiques dont la valeur thérapeutique est considérable.

L'élévation de la pression artérielle — quand cette pression était anormalement basse — n'a pas de procédé plus sûr que les injections de sérum. Or, on sait que la chute profonde de la pression artérielle constitue pour l'organisme une menace immédiate de mort. L'action de l'eau salée paraît tenir, en pareil cas, à deux causes principales : a) l'augmentation de la masse sanguine, phénomène purement mécanique ; b) la stimulation du système nerveux cardiaque et vaso-moteur, phénomène d'ordre vital.

La stimulation du système nerveux est d'ailleurs

générale ; elle se traduit, chez les malades en état de dépression ou de collapsus, par le rappel des forces, le réveil de l'intelligence et de la sensibilité.

Les indications de la méthode sont bien connues. Elles résident dans : 1° les hémorragies ; 2° les diverses formes de collapsus ; 3° certaines intoxications, soit exogènes (empoisonnements), soit endogènes (auto-intoxications) ; 4° les infections.

Ajoutons que certains symptômes constituent par eux-mêmes, quelle que soit leur cause, des indications formelles : c'est l'hypotension artérielle et la dépression nerveuse, dont le type le plus sévère est représenté par le coma.

Quant aux contre-indications, la logique la plus simple les prévoit et l'observation les a confirmées. L'excès de liquide introduit devra s'éliminer par les reins ; donc, sauf imminence du péril, on épargnera aux reins malades une tâche qu'ils pourraient ou bien refuser, ou bien n'accomplir qu'à leur détriment.

L'augmentation de la masse du sang imposerait au cœur un accroissement d'énergie ; donc, il faudra ménager un cœur préalablement lésé. Les affections pulmonaires telles que l'emphysème, qui diminuent la perméabilité du poumon, constituent un obstacle à l'évacuation du cœur droit dans le cœur gauche, et cet obstacle deviendra plus difficile à vaincre si la masse du sang augmente ; de là encore un écueil à éviter. Enfin, l'augmentation de la pression artérielle pourrait être fatale à des vaisseaux fragiles ; on craindra donc l'hémorragie cérébrale chez un athéromateux. Lésions rénales, cardiaques, pulmonaires, artérielles, telles peuvent donc être les contre-indications.

Mais ces contre-indications, aussi bien que les indications positives, peuvent avoir des valeurs relatives très différentes suivant les cas. Parfois, quand la mort est imminente, l'urgence d'un relèvement immédiat de la pression sanguine prévaut contre toute considération ; d'autres fois, il appartient à la sagacité du praticien de soupeser et de comparer des arguments contradictoires. Les injections peu abondantes, hypodermiques, peuvent être de mise alors que les injections massives intra-veineuses seraient téméraires.

(*Ind. méd.*)

FORMULAIRE

Bleu de méthylène dans l'urethrite blennorrhagique

O. Korwitz a obtenu des résultats très favorables en soumettant l'uréthrite blennorrhagique au traitement par le bleu de méthylène formulé comme suit :

Bleu de méthylène.....	1 grain.
Huile de bois de Santal.....	} à 1½ minim.
Oléorésine du copahu.....	
Huile de cinnamome.....	1 minim.

pour une capsule. — En faire 20 semblables.

S. — A prendre une capsule, 3 fois par jour.

Travaux Originaux

URÉTHROCÈLE CALCULEUSE.

Clinique de M. le prof. TILLAUX (1)

Messieurs, je vais vous entretenir d'un cas aussi rare qu'intéressant, celui d'une femme de 40 ans, souffrant de troubles urinaires, sur lesquels je reviendrai plus tard, et présentant une tumeur siégeant à la paroi vaginale supérieure, occupant la paroi uréthro-vésico-vaginale.

Cette tumeur commença à peu près 1 c.c. du méat urinaire. De la grosseur d'une grosse amande, cette tumeur est très sensible, dure, ne se laisse pas du tout déprimer; elle ne donne pas de renitence, pas de crépitation.

Les signes fonctionnels qu'elle produit sont d'abord une douleur spontanée et très vive: il est presque impossible de l'examiner. Troubles de la miction: *urine trouble, fréquence*. Les urines étaient purulentes avant le traitement: lavages. Signes de cystite du col, *envies fréquentes d'uriner, besoin impérieux de satisfaire aux envies*. Elle souffre en plus du côté du rein droit. Nous n'avons pu cependant faire l'exploration du rein à cause du tissu adipeux très développé chez elle. Le rein serait touché, il y aurait un peu de pyélo-néphrite, d'après l'examen des urines.

Qu'est-ce que cette tumeur?

Nous pourrions penser à un kyste du vagin; un kyste est résilient, mou, donc ce n'est pas un kyste du vagin.

Serait-ce un néoplasme développé dans la cloison uréthro-vésico-vaginale? Je n'en ai jamais vu, mais ça peut exister. En nous basant sur les signes cliniques, on doit rejeter l'idée de néoplasme. Ça n'en a pas la consistance, ni la forme, ni l'aspect. Évidemment par exclusion, c'est un calcul. Mais messieurs où est ce calcul?

Puisqu'on le sent par le vagin, est-il dans la vessie, dans la cloison vésico-vaginale, ou dans l'urètre? A mon premier examen j'ai cru à un calcul vésical faisant relief dans le vagin. Mais ce relief ne se rencontre pas dans les calculs vésicaux. Alors j'ai cru que c'était probablement un calcul de la vessie avec prolongement dans l'urètre. Mais cette opinion ne fut pas vérifiée par le reste de l'examen. Car ayant fait placer le malade dans la position obstétricale, avec une sonde à boule n° 18,

j'ai pu pénétrer jusque dans la vessie sans rencontrer de résistance, je ne sentais pas ce quelque chose de dur, de résistant à laquelle je m'attendais. La vessie était douloureuse, mais je ne sentais rien au contact de ma sonde. En retirant la sonde, je sentis une petite résistance, un petit ressaut, due à la résistance du col de la vessie. Donc, pas de calcul dans la vessie ni dans l'urètre. De plus, cette femme n'a pas d'incontinence; avec ma première hypothèse elle en aurait certainement eu. Donc cette malade est atteinte d'un calcul qui ne siège pas dans l'urètre, ni dans la vessie; il siège dans la paroi uréthro-cysto-vaginale.

Cette femme présente donc une maladie qu'on doit classer d'uréthrocèle calculeuse. Cette malade aurait eu une uréthrocèle; la pierre aurait rempli cette cavité, c'est l'hypothèse à laquelle je me suis arrêté. Ceci nous explique la facilité du catéthérisme.

Une seconde question se pose en face de cette uréthrocèle calculeuse; on peut en effet se demander, au point de vue de la pathogénie, qu'est-ce qui a commencé? Est-ce la paroi, est-ce l'uréthrocèle, ou bien est-ce le calcul? Il est rare, étant donné la dilatabilité de l'urètre, de voir un calcul s'arrêter en chemin. Nous pouvons dire ici que c'est l'uréthrocèle qui a commencé. Cette femme est malade depuis six ans et aurait été examinée par M. Labadie-Lagrave qui en touchant la malade aurait vidé l'uréthrocèle, dont la malade était alors atteinte.

La malade ne peut pas rester assise, il lui faut un pliant, pour qu'elle s'y allonge. C'est un signe de calcul urétral chez la femme.

Je vous ai parlé de crépitation tout à l'heure, c'est que lorsqu'on l'a trouvé, il y a plusieurs calculs. En août, un diagnostic d'uréthrocèle a été fait par mon interne, et depuis, cette uréthrocèle est devenue calculeuse. (Styilet ou sonde recourbée en crochet pour pénétrer dans le sac de l'uréthrocèle).

Maintenant qu'elle espèce de calcul allons-nous trouver? Un calcul uratique? Ce calcul est de formation très lente, de même le calcul oxalatique se développe encore plus lentement. Ce n'est pas cela, puisque c'est un calcul qui s'est fait avec des troubles coexistants du côté de la vessie. C'est donc un calcul phosphatique, friable. Au point de vue du pronostic, ce calcul n'est pas favorable, car si nous réussissons à guérir son uréthrocèle, nous ne sommes pas sûrs de lui guérir sa vessie et de l'empêcher de refaire de nouveaux calculs phosphatiques.

Traitement: chirurgical.

(1) Notes recueillies à la Charité, Paris, par M. le Dr W. J. De-rome.

Deux voies se présentent : la voie urétrale et la voie vaginale.

S'il s'agissait d'un calcul de la vessie on pourrait discuter la voie urétrale, mais avec notre diagnostic la voie vaginale s'impose ; nous avons de plus à traiter l'uréthrocèle, autre raison pour choisir la voie vaginale.

Opération : Il faut faire une incision dans le sens antéro-postérieur du calcul (Femme dans position obstétricale). Il ne faut pas s'étonner si ça donne beaucoup de sang, car on trouve presque toujours dans ces cas une grande vascularisation veineuse. Après incision de la poche, un grand lavage pour nettoyer et enlever le petit gravier se trouve tout indiqué. Il faut faire une section des deux côtés de la plaie pour retrécir le sac, et suturer par un ou deux plans de sutures, mais bien se garder de mettre des fils dans l'urètre. Les fils doivent passer sous la muqueuse de l'urètre et faire affronter la surface de section. On doit donner la préférence au orin de Florence parcequ'il s'infecte moins facilement que le catgut ou la soie.

Je n'aime pas les sondes à demeure chez la femme : elles déterminent des douleurs et de la cystite. Il vaudrait mieux sonder la femme à des intervalles régulières.

Revue des journaux

MEDECINE

Les causes de la splénomégalie dans les cirrhoses biliaires.

par MM. GILBERT et P. LERBOULLET. (Soc. biologie)

L'hypertrophie considérable de la rate dans les cirrhoses biliaires semble due à ce que deux causes se superposent ici pour la provoquer, l'infection et la congestion passive. La preuve de l'intervention de ces deux facteurs peut être tirée de divers arguments cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentaux. La congestion passive est rendue manifeste par l'existence du syndrome de l'hypertension portale à l'état d'ébauche (urines retardées, hémorragies gastro-intestinales, circulation collatérale fréquente, ascite terminal) et aussi par la facilité avec laquelle la splénomégalie rétrocede sous l'influence d'hémorragies gastro-intestinales, au point de diminuer de plus de moitié. Mais l'infection intervient également, et il semble nécessaire, vu le caractère nettement secondaire de la splénomégalie, ou la facilité et

l'intensité avec laquelle celle-ci survient au cours des angiocholites, d'admettre une infection directe de la rate sous la dépendance de l'infection biliaire primitive. A côté des preuves cliniques, le fait est démontré par certaines angiocholites expérimentales, où l'on voit se produire une hypertrophie splénique manifeste. Il semble bien que ce soit la veine splénique qui constitue la voie de cette infection ; même à l'état physiologique il y a à certains moments stase sanguine dans celle-ci ; comme la tuméfaction splénique dans la période digestive ; du fait de la congestion passive, cette stase est ici plus évidente et l'on conçoit qu'à la faveur de celle-ci, des micro-organismes doués de mobilité puissent refluer du foie jusqu'à la rate. La veine splénique jouerait donc vis-à-vis de la rate le rôle de voie d'apport des germes, tout comme la veine sus-hépatique par rapport au foie. Il semble en tout cas qu'il y ait lieu d'admettre une infection directe de la rate, et que la superposition de ces deux éléments : *congestion passive* et *infection*, explique pour une bonne part l'existence de splénomégalies considérables au cours des cirrhoses biliaires.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Entérocolite muco-membraneuse traitée avec succès par les courants de haute fréquence.

M. Doumer (Soc. cent. méd. du Nord) rapporte l'observation de deux malades qu'il a traités par les courants de haute fréquence.

La première, âgée de 30 ans, ne présentait que de la constipation survenant par période, terminée par des débâcles, des douleurs et des mucosités peu abondantes. La guérison fut obtenue au bout de trois séances, et actuellement elle s'est maintenue depuis 3 mois. A noter, la disparition de la constipation, précédée de la diminution progressive des mucosités.

Chez l'autre malade, âgée de 40 ans, on notait une entérocolite ancienne de 10 ans, intense, accompagnée de fausses membranes abondantes, qui avait résisté au régime et au traitement par les lavements chauds ; l'amélioration obtenue par les courants n'est apparue qu'au bout de 15 jours et, comme dans le cas précédent, la constipation n'a cessé qu'après disparition des fausses membranes.

Une première rechute, une seconde, furent rapidement améliorées, précédées, comme la première, du rejet de fausses membranes abondantes. L'acidité du suc intestinal disparaissait en même temps que les fausses membranes pour réapparaître avec elle : la constipation n'est donc pas la cause de l'entérocolite.

M. Ausset croit qu'il a lieu de faire une distinction parmi les malades offrant les symptômes de l'entérocolite ; les uns ne présentent que de la constipation suivie de l'expulsion de selles qui contiennent quelques fausses membranes ; les autres sont atteints d'entérocolite muco-

membraneuse parfaitement caractérisée. Ces faits s'observent chez l'adulte comme chez l'enfant ; la première malade de M. Doumer rentre dans la première catégorie la seconde présente l'entérocolite vraie, avec modification histologique de la muqueuse intestinale. Pourtant, M. Ausset ne voit pas comment l'électricité peut agir sur les altérations de cette muqueuse. Quant à lui, il traite ces maladies par un régime approprié qui, après de longs mois, arrive à les modifier. Les succès rapides ne sont observés que chez des constipés.

M. Doumer répond que, chez la première malade, la constipation avait résisté à tous les traitements employés, que, si elle n'avait pas d'entérocolite vraie, elle offrait un état voisin, puisque les fausses membranes étaient constantes et le suc intestinal acide. Il ajoute que chez d'autres malades observés dans les hôpitaux de Paris, chez lesquels le diagnostic d'entérocolite muco-membraneuse avait été posé par Robin, l'application de la haute fréquence a fait disparaître, au bout de 3 jours, une constipation datant de 10 à 12 ans, ayant résisté au régime et aux lavements. Il fait ressortir les avantages du traitement électrique, qui n'oblige pas les malades à suivre un régime spécial, et termine en disant que chez la seconde malade observée, la constipation a disparu avec un régime ordinaire.

(Ibid)

Myoclonie du type Bergeron chez un hystérique dégenère.

par M. R. BERNARD (Soc. sc. méd. Lyon).

Le malade présenté est un militaire qui est sujet à des crises de tremblement de durée variable et de forme un peu anormale.

Quand ces crises sont violentes elles débutent par une sorte de déroboement des jambes qui jette le malade à terre, si on ne le relève pas, il y reste quelques instants, maintenu par une sorte d'astasia abasia momentanée ; il a toute sa connaissance et la liberté de ses mouvements en dehors de la marche et de la station. A ce moment le tremblement est généralisé.

Ces paroxysmes sont peu fréquents. Mais il est rare que le malade passe plus de quinze jours sans être incommodé par ce tremblement. La fréquence habituelle des oscillations est de 7 à 8 à la seconde ; l'émotion les amplifie et les accélère un peu. Elle est habituellement localisée aux membres supérieurs.

L'origine de ce tremblement est une grande frayeur. A l'âge de 7 ans, le malade fut pris à la fois de ce "tremblement, de paralysie et de danse de Saint Guy". Pendant plusieurs mois, en effet, il paraît être resté choréique et astasique-abasique. Ces troubles moteurs fondamentaux ont disparu lentement, le tremblement est resté.

Le malade est, en ce moment, dans une accalmie.

Mais il est facile de rappeler le tremblement. Il suffit de faire écrire le malade.

On constate, en outre, pendant cet exercice, aussi bien qu'au repos, un mouvement spasmodique rythmé (8 à 12 par minute), symétrique et synchrone des deux bras. C'est une secousse très brève et très limitée du biceps brachial qui amène un déplacement par extension de l'avant bras sur le bras.

Pendant cette contraction totale des triceps on voit de contractions fasciculaires et fibrillaires très nettes des pectoraux, des muscles de la nuque, des muscles sus et sous-épineux, etc.

Si l'on prend isolément ces spasmes on peut leur donner le nom de chorée électrique de Bergeron et de chorée fibrillaire de Morvan ; si on les prend réunis, on doit les appeler myoclonie.

Or, la myoclonie est considérée actuellement comme un syndrome hystérique. Il existe, chez ce malade, des stigmates de cette névrose : rétrécissement du champ visuel, parésie du bras droit, polyurie (3 litres), point pseudo-ovarien à gauche. Il n'y a jamais eu de convulsions.

Si, d'autre part, on considère que les troubles actuels semblent n'être qu'un simple vertige de la maladie initiale, qu'ils peuvent être considérés comme l'effet direct de l'émotion occasionnelle, que presque tous ces troubles sont, en quelque sorte, des signes somatiques de cette émotion : tremblement, secousses, déroboement des jambes et même la polyurie, on est entraîné à supposer l'existence d'une idée fixe, subconsciente, derrière cette manifestation névrosique grossière.

Ce malade est, en outre, un dégénéré ; il porte des stigmates physiques assez nets et des stigmates psychiques (onychophagie, phobies, horreur du sang, crainte irraisonnée de la mort).

Peut-on utiliser cette dernière constatation pour rendre compte des allures un peu anormales de l'hystérie dans ces cas particulier ? L'hystérie règle ses manifestations au gré des agents provocateurs qui l'appellent, mais elle doit s'adapter aussi à l'organisme qui la subit, et l'on conçoit que l'aspect de la névrose soit plus régulier si le système nerveux est développé correctement, plus stypique si le rapport anatomique lui-même est dévié du type normal.

(Indep. med.)

De la toux émétisante chez les tuberculeux et de son traitement.

D'après M. le Dr DERDSCHID (Bruxelles).

On entend par toux émétisante une toux dont les accès quinteux provoquent des nausées ou des vomissements.

Ce phénomène s'observe fréquemment dans le cours

de la tuberculose pulmonaire ; il se produit soit le matin à jeun au moment du lever, soit après les repas ; dans ce dernier cas, il peut apparaître immédiatement après l'ingestion des aliments, ou après un certain temps variant de quelques minutes à une heure.

L'interprétation la plus rationnelle de la toux émétisante paraît être celle qui est liée à deux causes différentes, susceptibles de produire chacune séparément le phénomène ; ce sont : la compression du pneumogastrique et en second lieu l'hyperesthésie du pharynx.

1° La compression du pneumogastrique peut se faire par les ganglions trachéo-bronchiques engorgés au niveau du hile du poumon ; cette adénopathie ne produirait, d'après Marfan, que très rarement la compression du nerf ; en effet, les cas que l'on a pu relever à l'autopsie sont relativement très peu nombreux. Quénu, qui a analysé histologiquement les pneumogastriques comprimés, n'y a pu trouver une altération d'éléments nerveux quelconques.

La compression du nerf par des masses ganglionnaires tuberculisées semble donc être exceptionnelle.

2° D'après Berthier, le trait d'union entre la toux et le vomissement réside dans une hyperesthésie de l'arrière-gorge. En effet, les malades ressentent souvent un chatouillement dans le pharynx ; celui-ci est, à l'inspection, fortement infecté ; on y voit parfois des granulations, et un simple examen provoque généralement des contractions nauséuses violentes ; cette irritation locale s'explique par le passage répété de crachats bacillifères. Ceux-ci, amenés par une quinte de toux, excitent le réflexe nauséux de l'arrière gorge, hyperesthésiée et provoquent les vomissements.

Cette explication du phénomène de la toux émétisante paraît être la plus plausible et la plus conforme aux faits.

La toux émétisante des tuberculeux doit être traitée immédiatement et énergiquement.

De nombreuses médications ont été tentées avec plus ou moins de résultats.

Peter prescrit un petit vésicatoire au niveau du creux de l'estomac ou encore quelques gouttes de laudanum avant chaque repas. Woillez conseille le badigeonnage d'arrière-gorge avec une solution de bromure de potassium. Guéneau de Mussy ordonnait un emplâtre au diachylon, thériaque et extrait de belladone à appliquer au creux de l'estomac.

Lascarret et Ory badigeonnent la gorge avec une solution de cocaïne à 1/20 après les repas. Bondet (de Lyon) recommande les bromures avant les repas. Berthier emploie avec succès les badigeonnages de l'arrière-gorge ou les pulvérisations à la cocaïne. Mathieu préconise l'administration de l'eau chloroformée ou bromoformée en solution.

Daremberg prescrit l'eau chloroformée, parfois l'acide chlorhydrique, après les repas ; il a fait cesser plusieurs fois les vomissements alimentaires en condam-

nant le malade pendant une quinzaine de jours au régime lacté exclusif ; il conseille également le laudanum ou les gouttes anglaises, avant les repas.

Gallois et Bonnel ont fait des essais avec l'eau oxygénée et ils ont pu constater les bons effets de cette médication.

Bref, les moyens thérapeutiques sont nombreux et variés : mais cet arsenal peut être simplifié et limité à quelques formules, qui ont toujours donné d'excellents résultats. Cette expérimentation faite dans le service de M. le Dr Godart-Danhieux a porté sur plus de 100 malades. Ceux-ci ont été soumis à l'une des trois médications suivantes que je crois les meilleures :

- 1° L'emploi des badigeonnages du pharynx ;
- 2° L'eau oxygénée ;
- 3° L'eau chloroformée.

Les badigeonnages de l'arrière-gorge se font avec une solution de cocaïne à p. 50 en moyenne, comme le recommande Berthier ; au bout de quelques jours l'hyperesthésie pharyngée disparaît et les vomissements cessent.

C'est un moyen d'intervention très actif ; malheureusement le goût amer, désagréable de la solution cocaïnée, est un grand inconvénient à son emploi.

Cette action favorable des badigeonnages de l'arrière-gorge plaide en faveur de la théorie qui attribue le caractère émétisant de la toux à une hyperesthésie pharyngée.

L'eau oxygénée recommandée, par Gallois et Bonnel, a une action très réelle et très efficace dans la forme de vomissements qui nous occupe, et son emploi mérite d'être plus connu et plus répandu. On ordonne au malade de boire à ses repas du vin coupé avec de l'eau contenant, par litre, une cuillerée à soupe d'eau oxygénée à 10 volumes. En quelques jours les vomissements cessent et l'appétit augmente.

Cette médication est très recommandable ; elle a le grand avantage d'agir à très petite dose, d'être très facilement supportée, et de ménager l'estomac du tuberculeux en ne lui faisant pas supporter de matières médicamenteuses capables d'altérer ses fonctions digestives ; un inconvénient c'est que chez les malades avancés, son action est moins certaine ; il n'en reste pas moins applicable dans bon nombre de cas.

L'eau chloroformée, en potion, est également très recommandable ; son action est constante et elle a le grand avantage de pouvoir s'appliquer à presque tous les cas, y compris les vomissements liés à une véritable dyspepsie ou accompagnés de gastralgie. La formule suivante est toujours très bien supportée :

Eau chloroformée.....	40 gr.
Sirop diacode.....	} 30 gr.
Eau de fleurs d'oranger.....	
Eau distillée.....	100 gr.

à prendre par cuillerée à soupe, une de suite, après chaque repas.

Le mode d'action de l'eau oxygénée n'est pas bien connu ; pour Bardet, cette action tient peut-être à la mousse produite par l'eau oxygénée en contact avec du mucus ou des matières albuminoïdes ; il y a coagulation de la mucine et action directe de la mousse sur la paroi de l'estomac. Quoi qu'il en soit de cette théorie peu satisfaisante, l'efficacité de ce moyen n'en est pas moins réelle. Quant à l'eau chloroformée, on peut admettre qu'elle agisse de deux façons ; d'abord en calmant les zones tussigènes de la muqueuse de l'arrière-gorge, du voile du palais, etc., lors de la déglutition ; en second lieu, elle agit sur les parois de l'estomac en modérant et prévenant les contractions spasmodiques de l'organe sollicité par le réflexe nauséux pharyngé.

(Gaz hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

CHIRURGIE

Ulcération tuberculeuse de la lèvre. — Examen et diagnostic des ulcérations labiales en général.

par M. CAMPENON.

(Suite)

Examen des parties voisines. — D'abord les dents ; l'inflammation de cause dentaire prend parfois les apparences de l'épithéliome en donnant lieu à une ulcération végétante et déchiquetée, à base plus ou moins indurée. Cherchez s'il existe des dents cassées, coupantes, déchirantes. Examinez la cavité buccale, la présence de plaques laiteuses des fumeurs ou de plaques muqueuses orientera immédiatement votre diagnostic, lié vers l'épithéliome, dans le premier cas, vers la syphilis dans l'autre.

Ensuite, portez vos investigations du côté des ganglions auxquels se rendent les lymphatiques des lèvres, c'est-à-dire les sous-maxillaires, le sus-hyoïdien et les carotidiens. Pour cette recherche, je vous recommande d'employer la manœuvre suivante : le chirurgien se place à côté du malade assis, du même côté que la région à examiner, à droite, par exemple. De sa main gauche il renverse la tête en dehors tandis que les quatre doigts de l'autre main sont appuyés à plat sur la région sous-maxillaire, jusqu'au contact de la corne hyoïdienne ; puis il renverse la tête du malade vers lui et, par ce mouvement de bascule, ses doigts pénètrent à une profondeur considérable qui lui permet de constater la présence ou l'absence de ganglions tuméfiés, en retirant doucement la main recourbée en crochet. En cas de résultat négatif, ma propre expérience m'a appris qu'une seconde épreuve est parfois utile à tenter.

Lorsqu'il existe de l'adénopathie, plusieurs cas peu-

vent se présenter. Ou bien elle existe seulement du côté de la lésion : dans ce cas, la corrélation des deux faits est certaine. De même encore, si étant bilatérale, elle répond à une ulcération médiane ou à peu près. Mais si l'adénopathie est double et similaire, avec une ulcération voisine de l'une des deux commissures, elle est probablement indépendante de celle-ci, et sa cause doit relever d'une mauvaise dent ou de la scrofule.

Voyons maintenant quels sont les caractères particuliers que peuvent offrir les engorgements ganglionnaires en rapport direct avec la lésion, et la déduction qu'on en peut tirer. Si, ayant affaire à une ulcération végétante à évolution rapide, de base peu indurée, vous sentez des ganglions assez gros, fermes, mal limités, douloureux à la pression, vous pouvez presque affirmer qu'il s'agit d'ulcération traumatique simple. Je signale pour mémoire le phlegmon cervical, qu'il est impossible de confondre avec l'affection précédente.

Si vous êtes en face d'une ulcération labiale petite et récente (1 à 3 mois), une adénopathie nulle ou à peine appréciable révélera l'épithélioma ; des ganglions très nets, durs et mobiles, caractériseront le chancre induré.

En présence d'ulcération étendue, végétante, exubérante, à base molle, l'absence d'adénopathie serait le signe de l'actinomycoïose, d'après tous les auteurs ; pour ma part, je considère qu'une ulcération étendue s'accompagne constamment d'adénopathie.

Enfin, vous procéderez à l'examen général du malade. Vous aurez à rechercher, notamment, la présence de la roséole, si la lésion offre l'aspect des plaques muqueuses, ou à attendre l'apparition de cet exanthème si le chancre est supposé. Dans les cas rares où l'on soupçonne la tuberculose, l'auscultation, la percussion, les recherches histologiques et les inoculations seront pratiquées.

Telles sont, Messieurs, les étapes successives qui nous conduiront sûrement au diagnostic d'une ulcération labiale. C'est en nous basant sur ces considérations que nous pouvons affirmer la nature tuberculeuse de celle présentée par notre malade.

Celui-ci, âgé de quarante quatre ans, offre, sur la commissure gauche de la lèvre inférieure, une ulcération de 3 centimètres de longueur sur 1 cent. à 1 cent. et demi de largeur, et de 3 millimètres environ de profondeur, datant de deux ans. Par sa durée, elle ne pouvait appartenir ni au chancre, ni à la plaque muqueuse, ni au lupus, ni à la solérogomme, ni à l'actinomycoïose. Restaient ces deux hypothèses : tuberculose ou épithélioma. Or, celui-ci se développa avec beaucoup plus de rapidité que ne l'a fait la lésion de notre malade ; d'autre part, celle-ci n'a pas l'aspect irrégulier et anfractueux propre à l'infection épithéliale, et ce qui est beaucoup plus important l'induration qui l'accompagne est plutôt de moindre étendue que la surface ulcérée. Tout portait donc à nous faire pencher vers l'ulcération de nature tuberculeuse.

La constatation du semis tuberculeux, de l'aspect "frai de grenouille" si caractéristique, et enfin la constatation de gros craquements humides à l'auscultation ont définitivement confirmé ce diagnostic.

(Méd. orientale.)

Des luxations irréductibles de l'épaule.

par M. LEGUEU.

A propos de cette maladie dont je vous ai exposé l'histoire, malade que nous avons opérée d'une luxation ancienne irréductible de l'épaule, je veux vous montrer quelles sont les lésions dont dépend l'irréductibilité.

Quand vous êtes en présence d'une luxation ancienne de l'épaule, dites-vous bien que vous pouvez avoir affaire à deux ordres de lésions : 1° les lésions causes de l'irréductibilité ; 2° les lésions conséquences de l'irréductibilité.

Voyons d'abord les causes : voilà une luxation ancienne de l'épaule, on a essayé de la réduire, on n'a pas pu, eh bien ! c'est qu'il y a là des lésions qui n'existent pas dans d'autres luxations du même membre et ce sont ces lésions qui empêchent la réduction. Ces lésions sont diverses suivant les cas. Dans certains cas, c'est un fragment tubérositaire qui, détaché de la tête humérale avec les muscles qui s'y insèrent, s'est interposé entre la tête humérale et la cavité glénoïde. D'autres fois c'est une partie de la capsule, le plus souvent la partie postérieure, qui s'interpose ; d'autres fois encore, c'est le tendon du biceps qui, sorti de sa gouttière, peut lui aussi accrocher la tête, enfin c'est l'étranglement de la tête sous le petit pectoral et par les tendons qui partent de l'apophyse coracoïde.

Ces lésions ne sont pas constantes, elles peuvent manquer et cependant la luxation peut être quand même irréductible. Pourquoi ? Parce que personne ne s'en est occupé ou parce qu'on l'a négligée ou mal réduite. Dans ce cas, alors même qu'elle était réductible au début, elle est devenue irréductible et cela précisément à cause des lésions conséquences d'une luxation non réduite. Ces lésions surviennent en moyenne à partir de deux mois, elles sont fatales et elles sont, par conséquent, très importantes au point de vue thérapeutique. Elles portent sur tous les éléments de l'articulation : élément fibreux, élément musculaire, élément osseux. Élément fibreux : rétraction de l'orifice capsulaire de sortie de la tête, puis condensation du tissu fibreux sous-deltaïdien, par suite de l'inflammation aseptique traumatique qui en fait un tissu dense, scléreux ; ensuite, adhérence de la partie de la capsule en contact avec la cavité glénoïde. Voilà pour l'élément fibreux.

Élément osseux : la cavité glénoïde peut s'excaver sur sa partie antérieure sur son bord antérieur se déformer, prendre l'aspect d'un croissant dont la concavité serait en avant, c'est là une lésion très importante, vous le

comprenez, la surface articulaire ayant perdu de son étendue normale.

Enfin les lésions peuvent porter sur les muscles environnant l'articulation : ceux-ci sont, retractés, altérés, plus ou moins scléreux.

Éléments fibreux, osseux, musculaire, voilà donc les trois obstacles contre lesquels il faudra lutter, ce sont eux qui s'opposent à la réduction par les moyens simples ce sont eux également qui s'opposent au fonctionnement du membre.

Étant donné ces lésions, que faut-il faire ? Nous avons trois ordres de moyens pour les luxations irréductibles et anciennes : 1° les moyens de douceur ; 2° la méthode de force ; 3° les méthodes sanglantes.

Moyens de douceur. Il faut d'abord endormir le malade, précaution indispensable sans laquelle vous ne pourrez rien faire. Une fois le malade endormi, le premier procédé à employer est le procédé de Kocher, qui, ici, a moins de chances pour réussir parce qu'il y a des lésions, des modifications anatomiques. Ce procédé de Kocher ne se fait pas autrement que dans les conditions ordinaires, mais il faut plus de tâtonnements, on cherche par des mouvements de rotation et de flexion, à avancer peu à peu et à dissocier, pour ainsi dire, les tissus fibreux, à modifier les parties environnantes, à faire une sorte de massage sur ces parties.

Je pourrais vous citer plusieurs statistiques concernant des cas de luxations anciennes de l'épaule réduites par cette méthode. Kocher a pu, 12 fois, réduire des luxations datant de 1 à 3 mois ; 6 fois de 3 à 4 mois ; 4 fois de 4 à 5 mois. Je n'ai aucune expérience personnelle de la réduction de la luxation ancienne par ce procédé, mais je crois que, dans ce cas, on ne pourrait arriver à la réduction que par des manœuvres d'une brutalité odieuse, qui exposent d'ailleurs à des accidents, fracture etc.; mais quand même on recourrait à ce procédé, croyez-vous qu'il donnerait un bon résultat fonctionnel ?

Non, parce que les surfaces articulaires sont déformées, parce que les autres parties sont altérées.

Donc, dans une luxation de deux mois, essayez le procédé de Kocher, mais dans les luxations plus anciennes, ne l'essayez pas. J'ai tenté de réduire la luxation chez notre malade par ce procédé et je ne suis arrivé à aucun résultat.

Quant aux procédés de force, ils ont de bien plus grands avantages, mais ils ont de bien plus grands inconvénients. On exerce sur le bras et, par l'intermédiaire du bras, sur la tête humérale, des mouvements. On fixe le tronc du malade de manière à faire la contre-extension et, à l'aide de lacs, on tire de l'autre côté sur le bras en abduction. Nous nous sommes servi pour cela de l'appareil de Hennequin qui permet le plus de traction progressive possible sans faire dépenser à celui qui tire beaucoup de force. A l'aide d'une manivelle, on tire donc sur le membre pendant que le chirurgien malaxe l'articulation et favorise le retour de la tête dans sa

cavité. Nous avons fait deux fois cette manœuvre sans réussir, nous sommes allés jusqu'à une traction de 80 à 90 kilog. et nous n'avons pas réussi. Il y a des inconvénients qui résultent de la brutalité même de la force. Autrefois on allait jusqu'à 150 et 200 kilog. et on avait des ruptures musculaires, capsulaires, des fractures, d'autres fois on avait des ruptures veineuses, des ruptures artérielles et même un arrachement du bras et de l'épaule. Voilà pourquoi je n'ai pas voulu insister sur cette méthode, bien que je l'aie consciencieusement employée, mais avec toute la prudence nécessaire.

Il ne me restait qu'à employer la troisième méthode sanglante. Parmi les moyens sanglants, il y en a que je vais rejeter de suite, ce sont les sections sous-cutanées que l'on faisait alors qu'on craignait, et pour cause, la chirurgie à ciel ouvert; on ne sait pas en réalité où l'on va ni ce qu'on fait. Je ne parle donc que des interventions à ciel ouvert.

Quelle est d'abord la voie d'accès? Pour arriver à l'épaule, plusieurs voies ont été proposées et suivies. Langenbeck a préconisé la voie axillaire, le membre étant dans l'abduction. Dans cette position, on sent parfaitement la tête humérale, surtout la tête luxée, mais déjà vous avez formulé une objection. En effet, vous êtes contact du plexus brachial, de l'artère et de la veine; je ne chercherai donc jamais à aborder la tête par cette voie qui est dangereuse.

Je n'en dirai pas tout à fait autant de la voie postérieure que mon collègue et ami Nélaton avait proposée. Il disait: "Le principal obstacle, c'est la capsule qui est en arrière." De là, incision oblique par rapport à l'épaule, le long des fibres du deltoïde avec prolongation si c'est nécessaire, sur le dégagement de l'épaule. Mais il y a là un gros écueil, car je me suis toujours rendu compte d'une difficulté dans cette méthode, c'est qu'on ne voit pas la tête. C'est une erreur de dire que la capsule est le principal obstacle; c'est peut-être la tête elle-même, on n'en sait rien; il est donc nécessaire d'avoir toute l'articulation, tous les obstacles sous les yeux.

C'est pourquoi je donne le choix à l'incision antérieure. Ici nous avons plusieurs façons de procéder, plusieurs variantes. Quand je dis: incision antérieure, je veux dire antéro-externe, et de plus incision verticale. En effet, M. Demons fait une incision horizontale de façon à couper le deltoïde, dont on rabat un lambeau en haut et l'autre en bas. Cette incision donne un jour éclatant, mais l'inconvénient, c'est la section du deltoïde qui est un muscle très important pour le fonctionnement du membre, il faudra ensuite le suturer et cette suture peut entraver dans une certaine mesure ce fonctionnement.

L'incision verticale antérieure parallèle au deltoïde et permettant d'écarter ses fibres, donne également du jour, mais pas suffisamment, et on est gêné pour se rendre compte, entre ces fibres écartées, des causes réelles de l'irréductibilité.

J'ai donc eu recours à un procédé que Neudorfer, Severeann et M. le professeur Duplay ont préconisé et qui est le suivant: on fait une incision verticale antérieure qui va depuis l'articulation acromio-claviculaire jusqu'à une longueur de 10, 12, 13 centimètres sur le bras. De l'acromion part une incision horizontale courbe qui suit le bord externe de la clavicule et de l'acromion. On rabat le lambeau, on ouvre l'articulation acromio-claviculaire et on sectionne l'acromion au niveau de son col. En rabattant les parties on rabat par là même le deltoïde et on a l'articulation complètement sous les yeux.

J'ai fait cette opération chez notre malade et voici ce que j'ai vu: la tête était plongée sous l'apophyse coracoïde et étranglée par les muscles qui s'en échappent. C'est là que j'ai pu la saisir avec le davier de Farabeuf et j'ai été obligé, pour la dégager, de couper l'apophyse coracoïde. Il y avait une fracture partielle en arrière de la tête anatomique avec engrenement sur le bord antérieur de la cavité glénoïde, cause d'irréductibilité. Il y avait également des lésions consécutives; déformation de la cavité glénoïde, altération des muscles du tissu fibreux.

Quand on a ouvert ces articulations, on a le choix entre deux procédés: l'arthrotomie simple ou la résection. L'arthrotomie simple est à rejeter; en effet, le fonctionnement ultérieur, malgré le massage, n'est pas bon à cause de l'altération des surfaces articulaires, etc. La résection seule permet une mobilisation suffisante des surfaces. J'ai donc fait une résection au niveau du col anatomique, j'ai arrondi la crête osseuse de façon à ne pas blesser, irriter les parties, j'ai laissé un drain, et tout ce qui s'est passé depuis montre que le résultat sera favorable. Nous avons enlevé le drain quand nous avons voulu; nous ferons du massage et j'espère que nous obtiendrons un excellent résultat.

(Ind. méd.)

GYNECOLOGIE

Le déciduome malin.

par M. le Dr G. Métoz (Th. de Paris).

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — En parcourant l'ensemble des observations de déciduome malin, la première chose que l'on remarque est qu'il y a toujours eu grossesse, soit accouchement normal, soit avortement, soit môle hydatiforme. Ces faits imposent une première conclusion: c'est qu'un produit de conception vrai ou faux, fœtus ou môle, a toujours précédé l'évolution d'un déciduome malin.

Le moment où l'affection se présente peut être très rapproché du dernier accouchement normal ou anormal; dans l'ensemble des observations on trouve comme

moyenne un intervalle de 4 à 8 mois. D'autres fois, il peut exister un intervalle de temps beaucoup plus long.

Les femmes atteintes de déцидуоме malin sont en général jeunes. Il n'existe qu'un cas de femme ayant eu un déцидуоме malin à un âge avancé (obs. de Mayer, femme de 55 ans). En général, l'âge moyen des femmes qui en sont atteintes est de 26 à 40 ans.

Il existe un point très intéressant dans l'étiologie du déцидуоме et bien mis en lumière à l'heure actuelle. Les différentes statistiques des auteurs qui se sont occupés de la question nous montrent, en effet, que la môle hydatiforme est un facteur aussi considérable que l'accouchement normal ou l'avortement dans l'étiologie de cette tumeur. A l'heure actuelle on compte à peu près 98 cas connus, et dans cette statistique nous retrouvons que 48 fois ce furent des môles hydatiformes qui précédèrent le déцидуоме malin.

Quelle est la pathogénie du déцидуоме ?

Quand on passe en revue les diverses hypothèses qui ont été formulées, il en résulte une seule conclusion bien évidente, c'est que le déцидуоме, tumeur sans doute épithéliale, exige pour se manifester la présence antérieure d'une villosité choriale dont le revêtement épithélial, enclavé à un certain moment dans les parois utérines, se met à proliférer d'une façon prodigieuse au point de déterminer la tumeur qui fait l'objet de l'étude de notre thèse.

ETUDE CLINIQUE.— Il est du déцидуоме malin comme de l'épithélioma banal de l'utérus, il se greffe, s'établit, gagne la masse musculaire utérine sans dévoiler sa présence et arrive le plus souvent à son état parfait avant de s'être manifesté par un symptôme quelconque. Ce n'est que lorsqu'il a atteint un certain volume, que lorsque des masses fongueuses et sans consistance se sont développées, que des hémorragies intenses viennent le trahir et par leur fréquence occasionner un juste émoi à la femme qui ne se doutait pas de son état de santé. Ce mode de début si insidieux appartient surtout au déцидуоме qui survient à la suite d'un avortement ou d'un accouchement. Mais il en est toutefois un autre mieux caractérisé, c'est le cas du déцидуоме consécutif à une grossesse molaire. On s'aperçoit alors que la femme n'a jamais cessé de perdre depuis l'expulsion de la môle, peu il est vrai ; mais l'écoulement sanguinolent n'a jamais complètement disparu. La femme est obligée de se gar- nif et de faire usage d'injections vaginales.

Le premier symptôme qui dévoile la présence de cette tumeur est, de l'avis de tous les cliniciens, l'hémorragie utérine : elle est due à l'envahissement et à la destruction des vaisseaux par les masses végétantes. L'apparition, la durée de ces métrorrhagies et la quantité de sang perdu à leur suite ne sont soumises à aucune loi.

Mais un des caractères les plus importants de ces hémorragies est leur extraordinaire ténacité : elles sont réellement, comme on les a appelées, incoercibles et ré-

sistent à toute intervention : lavage de la cavité utérine, tamponnement, voire curetage.

A la suite de ces hémorragies et durant leur intervalle peut survenir un écoulement roussâtre à teinte rappelant celle du café, sans jamais toutefois devenir nettement purulent, ni rappeler l'odeur fétide de l'écoulement de l'épithélioma utérin. Ce suintement est dû à d'anciens foyers hémorragiques en dissolution dans un liquide séreux. Cet écoulement a pu quelquefois devenir purulent et fétide, mais ce fut toujours à la phase ultime de l'évolution de la tumeur, quand les métastases vaginales se sont gangrénées et quand une infection secondaire due aux putréfactions des débris fongueux est venue se surajouter à la maladie et provoquer en même temps des élévations de température. Ces pertes peuvent parfois sur le dé-cours de la maladie remplacer les hémorragies, la chose est d'ailleurs fort rare, le plus souvent elles se surajoutent à celles-ci et agissent alors sous forme de complications. Dans certains cas, de véritables coliques utérines ont accompagné les hémorragies : d'autres fois de violents vomissements sont survenus au début de grandes métrorrhagies.

Lorsque le déцидуоме malin succède à une grossesse molaire, on remarque à la palpation que l'utérus est augmenté de volume ; on a la sensation d'une masse en général de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, ce qui peut faire songer à une involution utérine incomplète. Quand, au contraire, le déцидуоме survient à la suite d'un avortement ou d'un accouchement normal l'utérus malade ne dépasse jamais le volume d'une grossesse de 3 mois. Par le palper on rencontre le plus souvent une tumeur lisse et régulière, quelquefois des nodosités viennent faire saillie à sa surface.

Lorsque l'on fait le toucher vaginal, on rencontre assez souvent un col entr'ouvert ; d'autres fois le col est normal, la muqueuse saine n'offre ni bosselures, ni érosions, cependant sa coloration de rose pâle peut passer au rouge sombre ou au rouge vineux. Quelquefois, le col étant entr'ouvert, on a pu sentir à travers son orifice externe une tumeur molle, sans résistance, donnant la sensation d'un polype placentaire. Mais le plus souvent, pour explorer la cavité utérine, on est obligé de dilater le col. Lorsque cette dilatation est faite, le doigt introduit rencontre en un endroit de la muqueuse, généralement les faces ou le fond de l'utérus, une tumeur peu développée, ne dépassant presque jamais en surface une pièce de 5 francs, souvent légèrement pédiculée. Cette tumeur offre au doigt la sensation d'une masse végétante, fongueuse, friable et très vasculaire. A l'endroit où elle s'implante sur l'utérus, celui-ci est très aminci. Les parois saines de l'utérus paraissent épaissies, sa cavité est nettement augmentée et contient presque toujours des caillots qui n'attendent qu'une hémorragie un peu violente pour être expulsés.

Ces symptômes forment la première étape de la maladie. Un peu plus tard, apparaissent les métastases qui

sont si fréquentes qu'elles forment à elles seules une véritable période dans la marche de la maladie. D'après les statistiques de Eiermann, de Rosinelli, de Pestalozza elle existent dans la proportion de 90 p. 100 des cas connus. Elle peuvent affecter tous les organes ; mais il en est pour qui elles ont une véritable prédilection : ce sont les parois vaginales et les poumons qui le sont dans la plupart des cas, à tel point que Neumann a pu dire que les métastases pulmonaires à elles seules existent dans la proportion effrayante de 50 p. 100.

En général les métastases surviennent durant la seconde période de l'évolution de la tumeur, au moment où la tumeur est bien installée. Parmi ces métastases celles qui occupent le plus spécialement le chirurgien ce sont les métastases vaginales. Celles-ci apparaissent sous forme d'un petit noyau, souvent au niveau de la racine des petites lèvres, et se font remarquer de la femme par la gêne qu'elles occasionnent dans la marche. D'autres siègent le long des parois antérieure ou postérieure du vagin. Elles restent durant un certain temps sous-muqueuses, recouvertes de la muqueuse du vagin qui à leur endroit paraît lisse, tendue, colorée en rouge vineux. Ces métastases vaginales donnent souvent la sensation de rénitence et même de fluctuation. Elles gagnent peu en profondeur, et ce n'est que très tardivement que ces métastases vaginales envahissent l'urètre, la vessie ou la cloison recto-vaginale. Sur le décours de la maladie elles s'ulcèrent, donnent lieu à de grandes hémorragies, peuvent se gangréner, et alors, à ce moment, elles occasionnent un suintement noir, roussâtre et très fétide.

Les métastases pulmonaires peuvent occuper toute la surface du poumon : en général elles se localisent au sommet ou à la base. Les noyaux métastatiques sont tantôt superficiels, tantôt noyés dans le parenchyme pulmonaire. Lorsque ces métastases sont superficielles elles forment souvent un semis rugueux, chaque granulation variant de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois : parfois elle arrivent à recouvrir entièrement la surface des deux poumons. Les femmes qui en sont atteintes offrent la physionomie de personnes atteintes de bronchite chronique, au dire de Neumann. L'expectoration devient jaune verdâtre, visqueuse, purulente. Les crachats nummulaires peuvent être même sanguinolents, de couleur sucre d'orge bien teintée, donner l'illusion d'une pneumonie, illusion qui peut encore être entretenue par une fièvre pouvant simuler une véritable infection pulmonaire. Les crachats ne révèlent pas d'éléments caractéristiques de la tumeur sous le champ microscopique. A l'auscultation on perçoit des frottements pleuraux, quelquefois des craquements et même du gargouillement. La sonorité pulmonaire est toujours restée normale. Les métastases pulmonaires peuvent amener à elles seules la mort.

(à suivre)

Matière médicale et thérapeutique

Action locale et générale de la cocaïne.

par M. JABOULAY.

La cocaïne est connue et employée surtout à titre d'anesthésique locale ; son action topique, en particulier sur le système nerveux central et périphérique, a été bien étudiée et utilisée en thérapeutique.

Mais à côté de cette action locale et en dehors d'elle, la cocaïne en présente une autre qui est mal connue, qui a été pour ainsi dire effacée par la première, tellement celle-ci était importante et prééminente ; c'est une action diffuse sur l'organisme entier due à son absorption et à son passage dans la circulation générale. Ce sont des faits de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer après des injections sous-cutanées de cocaïne faites dans le territoire que nous voulions opérer. C'est d'abord l'analgésie généralisée qui succède à l'analgésie régionale. Quelques-uns de nos opérés ont présenté une indifférence aux pressions, tractions et pincements de n'importe quelle région du corps, membres, tronc ou tête. L'analgésie, localisée d'abord, s'était chez plusieurs rapidement généralisée. Une femme entre autres accusait, après une injection sous-cutanée de la face interne du bras, de la torpeur, de la tendance au sommeil, et l'opération qui fut découvrir et charger le nerf médian ne fut pas perçue. Chez elle, l'analgésie avait fait place à un moment donné à une véritable mais fugace anesthésie générale. Il ne s'est point agi d'une diffusion de la cocaïne sur le nerf médian à travers l'aponévrose ; cette diffusion locale ne va pas aussi loin, et quand nous l'utilisons, nous sommes obligés de mettre la solution au voisinage immédiat du nerf commandant le territoire à opérer ; par exemple, dans la gouttière olécrano-épitrochléenne où passe le nerf cubital pour les interventions sur le petit doigt.

C'est encore sous la dépendance de l'action générale de la cocaïne, due à sa résorption, qu'il faut attribuer ces analgésies à distance au thorax et aux membres supérieurs qui ont été quelquefois signalées après les injections intra-rachidiennes de cocaïne.

Enfin, voici une autre preuve de l'action anesthésiante de la cocaïne. Il n'est pas rare que des injections dermiques ou sous-cutanées de cocaïne ne produisent pas l'effet local attendu. C'est en présence de ces cas que le chirurgien se croit autorisé à dire que cette substance agit comme l'eau distillée et par suggestion. A nous-même, il est arrivé d'être en présence de ce retard de l'action cocaïnique, et pour ne pas perdre de temps, nous faisons administrer de l'éther par les voies respiratoires. Or, constamment nous avons remarqué une rapidité surprenante de l'anesthésie générale par cette éthérisation ; on aurait dit parfois une anesthésie par le protoxyde d'azote, le chlorure d'éthyle, ou le bromure d'é-

thyle, tant elle se produisait vite ; si bien que chez des adultes nous avons pu faire des injections sous-cutanées de cocaïne pour accélérer l'anesthésie générale, qui allait être commencée quelques minutes plus tard. Ces faits ne peuvent s'expliquer que par l'action de la cocaïne résorbée sur l'encéphale et la moelle épinière ; il a suffi d'une dose minime et restreinte d'éther pour suspendre de suite l'activité du système nerveux central, déjà influencé par la cocaïne.

Ainsi, la cocaïne est un anesthésique local, mais aussi un anesthésique général, dont les effets se font plus ou moins sentir suivant les sujets et leur susceptibilité spéciale ; au début de son emploi, ses propriétés locales étaient seules acceptées et employées ; aujourd'hui, physiologistes et cliniciens reconnaissent ses propriétés générales.

Nous ne pouvons mieux faire, à propos de ces dernières et de leur application à l'éthérisation, que de les rapprocher des anesthésies mixtes de M. Cl. Bernard, par la morphine et le chloroforme. Cl. Bernard avait prouvé qu'une injection de morphine faite avant la chloroformisation n'exige que quelques gouttes de chloroforme pour parfaire l'anesthésie générale, et la chirurgie n'avait pas tardé à employer et à utiliser ces mélanges. La cocaïne agit comme la morphine, et lorsque son action locale est trop lente au gré de l'opérateur, celui-ci peut du même coup se rendre compte qu'elle a cependant été réelle, et utiliser cet effet latent, en administrant un anesthésique par les voies respiratoires. En pratique, c'est la seule façon d'associer ces deux anesthésiques, cocaïne et éther, introduits dans l'organisme, le premier par la voie sous cutanée, le deuxième sous forme de vapeur par les voies respiratoires. Mais l'administration du chloroforme d'abord, puis l'injection de cocaïne comme correctif ne saurait être employée.

Les résultats cliniques que nous venons de rapporter ont été obtenus avec une solution de cocaïne pure employée à la dose de 2 centigrammes 1/2, et non point avec une solution de cocaïne et de morphine mélangées ; l'action de ce mélange sur le système nerveux paraît être plus pénétrante et plus durable que celle de la cocaïne seule.

(Lyon méd.)

Les échanges organiques dans le régime végétarien et les indications thérapeutiques de ce régime.

M. Albu rapporte le cas d'une femme âgée, qui depuis six ans se nourrit exclusivement de substances végétales. Pendant les cinq jours qu'il l'a observée, son régime s'est composé de 120 grammes de pain de Graham, de 400 grammes de pommes, de 400 grammes de prunes, de 200 grammes de raisin, de 64 grammes de noisettes (pesées sans coquille), de 76 grammes de dattes

et de 100 grammes de salade avec du jus de citron ; le poids du corps était de 37 kilogr. 1/2 ; ces aliments produisaient 1,400 calories (37.3 par kilogramme de poids du corps) ; ils renfermaient 34 gr. 13 centigr. d'albuminoïdes, 36 grammes de substances grasses et 225 grammes d'hydrate de carbone.

La diurèse était fort ralentie, car la patiente n'inérait à peu près aucun liquide ; elle excréta chaque jour, tant avec fécès qu'avec les urines, 5 gr. 09 centigr. d'azote ; comme les 34 gr. 13 centigrammes de substances albuminoïdes qu'elle absorbait en contenaient 5 gr. 46 centigr., on peut dire que, durant l'expérience, cette femme s'est maintenue en équilibre au point de vue des substances azotées.

Ce fait prouve que la pauvreté des végétaux en albuminoïdes n'empêche pas la nutrition de s'accomplir normalement, et, de plus, que la substitution d'albumine végétale à l'albumine normale est sans inconvénient. Il faut retenir, en outre, que, tandis que Voit estime 18 gr. 88 centigr. d'azote nécessaires chaque jour à un homme adulte et travaillant — quantité qui s'abaisse à 15 ou 16 gr. pour une femme ne se livrant pas à des travaux pénibles, — la patiente observée se contentait de la dose minime de 5 gr. 46 centigr. d'azote *pro die*, et cela sans augmentation du taux des hydro-carbones.

En ce qui concerne l'utilité du régime végétarien dans l'état de santé, elle paraît fort contestable, et cela parce que l'albumine végétale est, en somme, peu assimilable : on retrouvait dans les fécès de la patiente le tiers de l'azote absorbé (1 gr. 79 centigr. par jour sur 5 gr. 46 centigr.) ; en outre, d'autres inconvénients de ce mode d'alimentation proviennent de la quantité considérable de mets à ingérer, et aussi de leur monotonie et de leur manque de saveur ; enfin, il ne faut pas oublier la difficulté des approvisionnements, du moins en hiver.

Dans certains états morbides, au contraire, un régime purement végétarien peut rendre des services. En premier lieu, il convient de citer les névroses, et particulièrement la neurasthénie ; l'alimentation végétale s'y montre efficace surtout par l'absence de tout élément irritant (alcool, thé, café, épices) ; il convient peut-être de faire intervenir, de plus, la richesse des végétaux en sels minéraux, lesquels exercent une influence spéciale sur les échanges organiques. Dans les névralgies des tabétiques, on a préconisé aussi l'emploi du régime végétarien ; qu'on a vu réussir également dans quelques cas de sciatique, on peut expliquer cette action par deux hypothèses, soit que certaines névralgies témoignent d'une intoxication par des produits de désassimilation, intoxication qu'un changement de nourriture fait cesser soit qu'elles dépendent plus simplement d'une constipation chronique qui disparaît par l'usage d'aliments végétaux. Dans les névroses de l'estomac et de l'intestin, on a, de même, obtenu des succès ; mais il faut qu'il s'agisse d'affections purement fonctionnelles, en l'absence de toute lésion anatomique ; en tout cas, la cure

végétarienne ne doit pas être prolongée plus de quatre ou huit semaines.

C'est sans doute par ses effets laxatifs que le même régime est parfois utile dans la colite muco-membraneuse, ainsi que dans les cirrhoses hépatiques et dans la lithiase biliaire.

Dans le traitement de l'obésité, l'alimentation végétale est à recommander, parce que, tout en apaisant la faim, elle contient peu d'albumine; mais elle n'est pas applicable à tous les obèses. Elle est favorable aux diabétiques si l'on choisit des légumes pauvres en amidon, et aussi aux goutteux, dont beaucoup doivent leur maladie à l'abus du régime carné. L'auteur la croit applicable aux névroses cardiaques, particulièrement à la maladie de Basedow; dans les néphrites, elle a l'avantage de ménager l'épithélium rénal, si fragile, mais il est clair qu'elle ne saurait amener la guérison. Enfin, nombre d'affections cutanées, liées à des troubles des échanges organiques ou à des affections gastro-intestinales, sont heureusement influencées par elle; je citerai notamment le prurit, la farouculose, l'urticaire, l'érythème exsudatif polymorphe, surtout chez les enfants, l'érythème noueux, diverses variétés d'eczéma chronique.

(*Indep. méd.*)

HYGIÈNE

La prophylaxie de la tuberculose.

par M. le prof. LANCEREAUX.

En résumé, l'hérédité est peu fréquente, et la contagion rare, du moins en l'absence de toute prédisposition première: et, au contraire, deux grandes causes favorisent son éclosion à savoir:

- 1° Les excès de boissons alcooliques, et surtout des boissons avec essences;
- 2° L'encombrement, avec aération insuffisante, et le sédentarisme.

Ces causes dont les effets immédiats sont la diminution de l'appétit, l'insuffisance de l'alimentation et, par suite, la dénutrition de l'organisme préparent peu à peu le terrain favorable à la germination et au développement du microbe. Certes, ce ne sont pas elles qui engendrent la maladie, mais on m'accordera que, sans elles, celle-ci ne se produirait pas; que devient, en effet, la graine, sans un terrain convenable et propice.

Si, d'un coup d'œil général, nous embrassons maintenant l'ensemble des faits en question, nous arrivons à reconnaître que, malgré l'unicité de l'agent pathogène, la tuberculose n'en présente pas moins des formes variées, en rapport avec les conditions d'hygiène défectueuse qui ont présidé à sa genèse et à son développement. En conséquence, si le bacille fait la lésion, le terrain, selon les circonstances qui l'ont préparé, la modifie, de même que

le sol imprime au végétal sa physionomie et sa vigueur. Ce fait est pour nous d'une grande importance, car, si la tuberculose liée à l'alcoolisme diffère de celle qui résulte du défaut d'air et de lumière, les effets provenant de chacune de ces grandes causes sont, par cela même, mis en évidence et l'une comme l'autre exige des mesures prophylactiques spéciales.

Quelle action pouvons-nous donc exercer sur le germe de la tuberculose? Avons-nous la prétention de le détruire? Ce serait une folie; car il existe partout, même à San Luis de Potosi, à 4,500 mètres au-dessus du niveau de la mer. Toutefois, à l'aide d'une asepsie sérieuse et appropriée, il est possible de s'en préserver dans une certaine mesure; aussi, approuvons-nous les mesures conseillées à ce propos par nos éminents collègues, et applaudissons-nous au brillant rapport de notre distingué collègue le docteur Grancher. Néanmoins, nous sommes loin de considérer comme suffisantes les mesures qu'il préconise, car nous avons la conviction intime que, si l'on s'en tient à ces seuls moyens, la tuberculose continuera à s'accroître chaque année, et cela, dans des proportions surprenantes. Au reste, l'expérience a déjà répondu dans ce sens, et l'on peut lui demander si les ravages de cette dangereuse maladie ont diminué depuis ces derniers temps. Toute personne de bonne foi répondra négativement et, d'ailleurs, il suffit de consulter les statistiques quotidiennes pour s'en convaincre.

En conséquence il nous faut autre chose que ce qui a été fait jusqu'à ce jour et, en présence de la difficulté ou de l'impossibilité d'atteindre l'agent pathogène, nous devons nous appliquer à éviter les conditions sans lesquelles il demeure impuissant.

Parmi ces conditions, celles qu'il importe surtout de viser, c'est l'abus des boissons alcooliques, qui tend à dénouer les individus, et l'encombrement qui, par la privation de l'aliment le plus nécessaire à l'existence, l'oxygène de l'air, ce stimulant de toutes les fonctions organiques, est une cause non moins réelle de dénutrition.

Combattre l'alcoolisme d'une façon efficace, ce sera diminuer de plus de moitié le chiffre de la tuberculose en France. Aussi, devons-nous demander aux Pouvoirs publics la révision, ou mieux l'abrogation de la loi de 1880 qui accorde toute liberté aux débits de boissons. Cette loi pour laquelle le nom de *loi homicide* n'est que trop juste, à cause du nombre incalculable de victimes qu'elle fait chaque jour, constitue, nous n'hésitons pas à le proclamer, une des principales causes de la tuberculose en France. La preuve en est dans l'augmentation considérable de la consommation des boissons spiritueuses depuis sa promulgation et, aussi, dans l'augmentation notable des cas de tuberculose partout où, comme en Normandie et en Bretagne, on fait une grande consommation d'alcool et où, comme à Paris et ailleurs, on fait usage des amers et des apéritifs dans des proportions effrayantes. Elle est encore dans ce fait que la tuberculose, plus fréquente autrefois chez la femme que chez

l'homme, est devenue beaucoup plus commune chez ce dernier dont les excès de boissons dépassent ceux de la femme.

Comme suite à cette première mesure d'une nécessité absolue, il importe de réduire et de limiter le nombre des cabarets, d'imposer des licences sévères aux débitants et d'exiger de chacun d'eux une moralité reconnue.

Sachant, en outre, que les boissons plus dangereuses au point de vue des troubles nerveux et de la tuberculose sont les boissons avec essences, nous tenons à rappeler la proposition déjà formulée par nous à cette tribune, dans la séance du 5 mars 1895 : "La prohibition des boissons connues sous les noms d'*amers*, d'*apéritifs*, etc., disions-nous alors, ont une action pernicieuse sur l'organisme humain et comptent, dès maintenant, parmi les principales causes de dépopulation et d'appauvrissement dans notre ville, et bientôt sans doute, dans notre pays tout entier." On voudra bien reconnaître qu'à ce point de vue nous avons raison car, depuis cette époque, le midi de la France qui, jusque-là, était demeuré sobre, a embotté le pas et fait aujourd'hui une grande consommation de ces détestables liqueurs.

L'encombrement ne mérite pas moins que l'alcoolisme la sollicitude de l'administration supérieure; celle-ci doit savoir que l'air sain, autant et plus que l'eau pure, est un élément indispensable à la vie de l'homme. Après lui avoir demandé de fournir partout de l'eau de bonne qualité, nous venons lui réclamer de proœurer à tous, à nos ouvriers surtout, l'air nécessaire à la santé, à la force, à l'existence même. Si l'on en juge par les pas de géant qu'à faite la question de l'approvisionnement de l'eau depuis les années 1880 et 1882, où nous signalions l'influence néfaste des eaux de l'Ouroq et de Seine sur la genèse de la fièvre typhoïde, et par les bons effets qui ont suivi, il est permis de croire que nous pourrions obtenir, par la tuberculose, des résultats non moins sérieux lorsque l'air sera abondamment distribué à tous. Aussi serait-il urgent de reviser à cet égard plusieurs points de notre législation sur la construction des maisons et leur élévation, sur la largeur des rues, etc., etc., et de soumettre à une réglementation sévère les ateliers, les grands magasins, les pensionnats, les casernes, les prisons, les théâtres, etc., de telle sorte que chaque individu qui habite ou fréquente ces milieux ait un cube d'air suffisant. Il nous paraît non moins indispensable qu'il y ait dans les lycées, dans les casernes, dans les grands magasins, dans les grands ateliers où s'exercent des professions sédentaires, des appareils hydro-hérapiques et des gymnases bien organisés dans le but de stimuler la nutrition générale des individus qui y séjournent, celle des poumons en particulier, puisque c'est en grande partie du peu d'activité de la fonction respiratoire que nuit la tuberculose des sédentaires.

En conséquence, de même qu'en s'appliquant à fournir aux populations de l'eau pure on parvient à les mettre

à l'abri de la fièvre typhoïde, de même, en répandant l'air partout, et, encore plus, en s'efforçant, par tous les moyens possibles, de prévenir les excès alcooliques, on arrivera presque sûrement à préserver l'humanité du plus grand fléau auquel elle soit exposée de nos jours, à savoir la tuberculose, qui est comme nous l'avons dit ailleurs, la maladie de la civilisation.

(Acad. méd. — Gaz. des hôp.)

FORMULAIRE

Un procédé sur de stérilisation des éponges.

M. le Dr C. Elsberg (de New York) préconise un procédé très simple, permettant de stériliser parfaitement les éponges sans altérer leurs propriétés physiques.

On laisse d'abord séjourner les éponges, pendant 24 heures, dans une solution à 8 p. 100 d'acide chlorhydrique, afin de les débarrasser de la chaux et des impuretés grossières qu'elles renferment, puis on les lave dans de l'eau pure et on les place dans la solution ci-dessous formulée :

Potasse caustique.....	2 drachmes.
Tanin.....	4 —
Eau.....	2 lbs.

Après les avoir laissé tremper dans ce liquide pendant 5 à 20 minutes, on rince les éponges dans de l'eau stérilisée ou dans une solution d'acide phénique ou de sublimé jusqu'à ce qu'elles aient perdu complètement la coloration brune qu'elles acquièrent par leur séjour dans la solution potasse-tannique; enfin, on les conserve dans de l'eau phéniquée à 2 ou 5 p. 100.

(Rev. int. de méd. et chir.)

Solution odontalgique.

(A. GUILLAUMIN.)

Phénol neigeux.....	} à 1/2 drachme.
Teinture d'iode.....	
Chlorhydrate de cocaïne....	
Chloral.....	
Galacol.....	

Triturez au mortier. On obtient ainsi un liquide pâteux facile à employer et qui possède à la fois une action caustique et analgésique. On peut augmenter le pouvoir caustique en augmentant la proportion du phénol.

(Ibid.)

Travaux Originaux

PROSTATITE AIGUE.

par M. le Dr EUGÈNE PAQUET.

Nous désirons vous entretenir d'un malade âgé de 30 ans, atteint le 1er avril, d'une prostatite aiguë.

Cette maladie éveille immédiatement l'idée d'une blennorrhagie.

Dans le cas qui nous occupe, laissons de côté le gonocoque et rappelons nous qu'une congestion locale peut déterminer une prostatite.

Depuis sept ans, A. B... commis-marchand, avait des crises hémorrhoidaires qui survenaient trois ou quatre fois l'an, à la suite d'accès alcooliques et de longues courses dans de mauvais chemins.

Ces crises se traduisaient par un peu d'ardeur, une cuisson désagréable à l'anus, un écoulement sanguin sans durée et sans intensité.

Le 15 mars, A. B... sentait à l'anus la formation d'une tumeur veineuse. Il éprouvait du côté du rectum une pesanteur pénible qui se changeait en douleur aiguë au moment de la miction et de la défécation, Il existait en même temps de la dysurie. A. B... continua son travail. Il était habitué à ces crises qui cédaient sous l'influence de purgatifs légers, de lavages du périnée à l'eau très chaude, et d'application de l'onguent de galle.

Mais la médication n'avait pas une heureuse influence. Cependant le premier avril, la petite saillie variqueuse n'était plus sensible au toucher. Fait étrange, les douleurs endurées durant la miction et la défécation augmentaient considérablement. La dysurie était des plus intenses. L'acte de la miction était défectueux et arrachait des cris à notre malade. Nous avons alors songé à la blennorrhagie.

Notre patient n'avait aucune affection susceptible d'être transmise par hérédité.

D'un autre côté, il ne présentait aucune trace de blennorrhagie. Nous avons alors pensé à la prostatite aiguë. Elle peut se présenter, suivant Gross-Rhomer, Vantrín, André, comme complication des hémorrhoides, déterminant une congestion et une inflammation de la prostate.

Les faces latérales de la prostate sont entourées d'un plexus veineux qui peut présenter les altérations des veines hémorrhoidales. Et ces altérations, selon Gross, peuvent déterminer la prostatite aiguë. Le choc produit

par de mauvaises voitures peut aussi contribuer au développement de la maladie.

Nous tenions à démontrer l'influence des hémorrhoides sur la prostate, parce que la plupart des descriptions des savants donnent comme cause de la prostatite : la blennorrhagie.

Le 2 avril, l'état de notre malade est sérieux.

Pouls 115, température 101. La langue est chargée. Il y a perte d'appétit et constipation opiniâtre.

La nuit du trois avril fut très mauvaise. Non seulement la dysurie augmentait, mais la miction était à peu près impossible.

Les douleurs étaient intenses dans le périnée et dans tout l'abdomen. Il y avait ballonnement au ventre et même défense musculaire.

Le quatre avril, il y eut retension urinaire absolue. Les garde-robes étaient excessivement douloureuses.

Le danger était menaçant et le malade sentait que le moment était venu de laisser intervenir le médecin.

A l'examen rectal nous fûmes surpris de ne pas trouver de tumeur variqueuse. La prostate était considérablement augmentée de volume. Elle était dure et très douloureuse.

Nous pûmes facilement passer une sonde molle en gomme. La vessie vidée, le ventre devint absolument indolore, mais le périnée demeura très douloureux. Il était 7 heures du matin. Vers le soir, la miction devint de nouveau impossible.

Nous tentons alors de faire le catéthérisme, avec une sonde molle, comme l'indiquent Desnos, Reclus, Gross. Cette tentative demeura infructueuse.

Que s'était-il passé depuis le matin ? Que signifiait ce changement dans la constitution de l'urètre ?

L'inflammation de la prostate et la constriction du sphincter vésical devaient être la cause de cet insuccès.

Nous avons alors recours à la sonde métallique et nous avons la satisfaction de réussir. Dans la nuit la miction s'est accomplie sans l'aide de la sonde, et sans douleurs.

Dans les ouvrages qui traitent des maladies des voies urinaires, les savants insistent sur l'usage des sondes molles en gomme ou en caoutchouc.

Le but principal de ce travail est de démontrer dans le cas qui nous occupe, l'avantage de la sonde métallique. Elle a fait apparaître, nous en sommes certains, la contraction du col vésical. Y avait-il cystite au col ? Nous le croyons. Tandis que la sonde molle irritait les voies urinaires, sans parvenir à vider le réservoir urinaire, la

sonde métallique réussissait à vider le réservoir et à faire disparaître la constriction du col.

Il s'agissait aussi d'empêcher la suppuration de la glande prostatique. Dans ce but, nous avons utilisé les ventouses scarifiées ; nous avons ordonné les grands lavements à l'eau savonneuse et nous avons prescrit des petits lavements laudanisés dans l'ampoule rectale.

Notre malade fut soumis au régime lacté. Pour assurer l'antisepsie des voies urinaires nous avons prescrit :

Salol..... 5 grains.

Benzo-naphtol 5 —

Trois fois par jour.

Du 5 au 8 avril, il y eut atonie de la vessie, le malade était obligé de comprimer ses parois abdominales pour accomplir l'acte de la miction. Pour faire disparaître cette parésie vésicale, nous avons prescrit la liqueur de strychnine.

Notre malade est maintenant en parfaite santé.

Ce que nous tenons à mettre en relief dans cette observation et à bien graver dans notre mémoire, c'est ce que nous pourrions appeler " l'accalmie traîtresse " des hémorroïdes. L'exemple est frappant. Au moment où elles semblent disparaître, elles déterminent une prostatite aiguë.

Nous avons aussi voulu montrer la supériorité des sondes métalliques sur les sondes molles, dans notre observation.

Saint-Aubert, L'Islet.

GLANES CANADIENNES

Dominion Medical Monthly (Toronto,)

Maladies malignes du fond de l'utérus. — Dr Ross.

Le Dr James F. W. Ross, Toronto, professeur de gynécologie à l'université de Toronto, traitant des maladies malignes du fond de l'utérus, insiste sur l'urgence qu'il y a de faire un diagnostic précoce. L'auteur ne s'arrête pas aux maladies malignes du col, parce qu'elles sont d'un diagnostic relativement facile. Malheureusement si les malades se présentent avec des lésions du col inopérables, c'est due non à l'ignorance du médecin, mais aux malades elles-mêmes que l'on ne peut pas toujours blâmer, puisque la maladie se déclare et se développe presque à leur insu.

Il n'en est pas de même quand le mal se déclare sur le corps même de l'utérus, il survient ordinairement des symptômes qui permettent de le dépister de bonheur,

et un médecin qui les laisserait passer inaperçus serait pour le moins taxé de *négligence*.

L'auteur recommande l'exploration digitale de la cavité utérine, quand survient une hémorragie, chez une patiente qui a dépassé la ménopause. La curette ne suffit pas toujours pour ramener des débris qui permettent l'examen concluant avec le microscope ; c'est le doigt qui fera reconnaître le plus facilement une maladie maligne du fond de l'utérus. Le pronostic dépend dès l'époque du début de la maladie et du temps qui le sépare de l'extirpation utérine.

Il ne faut pas toujours compter avec une hémorragie utérine ; l'écoulement utérin peut être seulement légèrement ichorique avec quelques sténations de sang. Il ne faut pas prendre cet écoulement pour celui qui accompagne ordinairement la vaginite sénile. Ces pertes peuvent rester longtemps inodores ; quand la fétidité *sui generis* apparaît, le mal est souvent trop avancé pour bénéficier d'une intervention.

Des douleurs mal définies du côté du bassin, chez une personne ayant atteint la ménopause, doit éveiller nos soupçons. Il ne faut pas craindre de multiplier les examens. Une démangeaison aux parties génitales, accompagnée souvent les affections malignes.

Le diagnostic doit être fait entre une rétention de cotilidons placentaires, un fibrome sous-muqueux, un endométrite hémorragique, un déciduôme malin, et une affection cancéreuse du fond de l'utérus.

Le traitement s'il en est encore temps doit être chirurgical. Si l'utérus est encore mobile et que la maladie n'a pas encore envahi les tissus circonvoisins il faut faire l'hystérectomie totale.

L'auteur donne la préférence à l'hystérectomie vaginale, et recommande l'irrigation continue, au cours de l'opération, ce qui procure un champ opératoire débarrassé de tout écoulement sanguin. Cependant l'auteur sait changer suivant les circonstances, de voie d'intervention, et fait une hystérectomie abdominale ou abdomino-vaginale.

W. J. D.

Revue des journaux

MÉDECINE

L'aérophagie (fausse flatulence aérophagique).

par MM. A. MATHIEU et R. FOLLET (Soc. méd. hôp.)

L'aérophagie correspond à plusieurs formes. Dans ce qu'on peut appeler la forme simple, bénigne, les malades accusent des phénomènes de dyspepsie en apparence assez banale. Quelque temps après le repas, ils

éprouvent de la pesanteur à l'estomac, un malaise plus ou moins accusé, plus ou moins nettement défini. Bientôt surviennent des renvois gazeux. Ces renvois sont nombreux, en général bruyants. Ce sont d'interminables salves. Les gaz rendus n'ont aucune odeur. Les malades expulsent ainsi 30, 40 rots et même davantage, des centaines. Pendant cette crise d'éruclation, il y a une sensation quelquefois très pénible de tension épigastrique.

Lorsqu'un dyspeptique conte son histoire de cette façon, on peut avoir la certitude qu'il s'agit d'un aérophage. En effet, les fermentations de l'estomac ne peuvent pas fournir une quantité de gaz aussi considérable, comme on a pu s'en rendre compte soit en passant une sonde au moment où des dyspeptiques se plaignaient le plus vivement d'une sensation pénible de ballonnement, soit en faisant fermenter *in vitro* le contenu de l'estomac extrait par le cathétérisme.

L'examen extérieur de l'abdomen ne donne pas de renseignement spécial à cette forme particulière de dyspepsie. Souvent il existe un certain degré de distension ou de dilatation de l'estomac. On peut constater du relâchement des parois abdominales et des ptoses viscérales. Ces ptoses peuvent, du reste, être une cause d'aggravation.

Au niveau de l'épigastre siège le plus souvent le bouton réflexe de l'aérophagie et du rot à déclenchement. En pressant avec l'extrémité du doigt à la région moyenne du creux épigastrique, on détermine assez souvent une crise. Les malades ont immédiatement des éruclations bruyantes qui se succèdent indéfiniment tant qu'on maintient la pression. Il est facile de se rendre compte que chaque rot est précédé et suivi par un mouvement de déglutition ; on sent le larynx faire un mouvement successif d'élévation et d'abaissement. Il devient ainsi très facile d'étudier un phénomène qu'on peut provoquer à volonté. On peut voir parfois l'estomac se distendre progressivement, mais cette distension ne se produit pas toujours, il faut que la quantité d'air expulsé. Il n'y a, du reste, parfois, qu'un rot pour quatre ou cinq déglutitions d'air.

Il est des cas de pseudo-flatulence aérophagique que l'on peut véritablement qualifier de formes graves.

Ainsi une malade était sujette, depuis douze ans, aux crises pénibles pour lesquelles elle venait consulter. On peut dire que, pendant cette longue période, l'aérophagie ne lui avait laissé aucun repos.

Dans un autre cas, l'aérophagie est devenue la cause de vomissements, d'une aggravation considérable de la dyspepsie, de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, de l'exagération du nervosisme. Le malade était devenu incapable de tout travail.

Comment se constituent les ensembles morbides dans lesquels figure l'aérophagie ? Quel rôle y joue-t-elle ? Le rôle d'un phénomène primitif, consécutif ou accessoire.

Les choses paraissent se passer de la façon suivante :

Un névropathe, plus ou moins stigmatisé, présente au début des phénomènes gastriques sensitivo moteurs assez banals, mais pénibles et fatigants par leur répétition même : pesanteur, sensation de plénitude gastrique, céphalée, congestion de la face, torpeur intellectuelle. Très observateur, comme tous les névropathes, le malade s'absorbe dans l'examen approfondi de son malaise et cette observation l'amène à un pathogénie dont les gaz font tous les frais. On sait combien la phobie des gaz est fréquente chez les névropathes dyspeptiques, et cela s'explique souvent, non pas tant par un excès véritable de gaz que par un excès de sensibilité, par une hyperesthésie de la muqueuse gastrique à la distension. La sensation de tension exagérée, les gargouillements amènent le malade à penser que si les aliments ne passent pas, c'est que son estomac est gonflé par les gaz et il essaye de les expulser. Il s'y efforce. La déglutition, le plus souvent inconsciente, d'une petite quantité d'air, ouvre le cardia et provoque une éruclation qui soulage immédiatement le malade.

Mais c'est un névropathe qui a surtout une sensation subjective d'hyperesthésie à la distension.

Le malade ne se contente donc plus d'ouvrir un cardia récalcitrant, il dépasse la mesure, il insuffle véritablement un estomac hyperesthésié. Celui-ci proteste contre l'arrivée d'air qui le distend et l'éruclation survient. Dès lors se trouve constitué un cercle vicieux dont les malades ne sortent plus : aérophagie inconsciente, provoquant une pénible sensation de tension gazeuse, éruclation en série qui soulage, nouvelle insufflation d'air dégluti, crise éruclante et ainsi de suite.

Le diagnostic est facile, en général. En principe, on peut dire que tout dyspeptique, qui accuse ou présente à l'observation l'éruclation en salve bruyante et sans mesure, est un aérophage. L'éruclation des gaz produits par les fermentations stomacales est beaucoup plus modérée. Si l'on peut assister à une crise, on perçoit aisément les mouvements de déglutition qui précèdent l'éruclation ; il sont rendus manifestes par les mouvements successifs d'élévation et d'abaissement du larynx ; quelquefois on perçoit par l'auscultation l'arrivée de la gorgée d'air dans l'estomac, qu'on voit parfois se distendre de la façon la plus nette.

Enfin, dans un assez grand nombre de cas, on peut provoquer le déclenchement par la pression, soit du creux épigastrique, soit du creux sus-sternal.

Il restera naturellement à déterminer la modalité de la névropathie et la nature des accidents de dyspepsie, l'état de l'estomac, la présence ou l'absence des ptoses abdominales, etc.

Les indications du traitement résultent nettement de la notion du mécanisme de l'aérophage et du rot en série. C'est un phénomène d'origine névropathique, conscient ou inconscient, qu'il faut soigner en conséquence. Souvent il suffit d'attirer l'attention du malade sur l'aérophagie, de lui démontrer ce qui se passe réelle-

ment, pour obtenir la guérison de la fausse flatulence.

La dyspepsie sera traitée par les moyens habituels ; inutile d'avoir recours aux antiseptiques et aux carminatifs pour combattre une flatulense qui n'est qu'apparente. Les ptoses abdominales, l'insuffisance de l'alimentation fourniront des indications particulières ; mais il n'y a rien là qui vise particulièrement l'aérophagie spasmodique. Elles seraient identiques avec des manifestations névropathiques d'aspect clinique et de localisation autres.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

CHIRURGIE

Des différentes formes de la septicémie buccale.

par PIERRE SÉBILÉAU.

La bouche est à l'état normal, et dans ce qu'on peut appeler, s'il existe, l'état de santé parfaite, peuplée de micro-organismes. De ces micro-organismes, les uns, hôtes habituels et assez ordinairement inoffensifs, y vivent en simples saprophytes : tels le leptothrix buccalis, le bacillus subtilis, le bacillus thermo, le bacillus Ulna, le spirillum rugula. Les autres sont des bactéries pathogènes : tels le micrococcus pyogenes aureus, le pyogenes albus, le streptocoque, le pneumocoque, le pneumo-bacille de Friedlander, le bacille de Loeffler, le bacille de Koch enfin, visiteur plus rare et plus discret. A la vérité, ces micro-organismes pathogènes se comportent, eux aussi, dans l'exercice régulier de la vie, comme des saprophytes vulgaires, atténués qu'ils sont et, pour ainsi dire, amenés à une sorte de vie latente, comme écrivait Girode, par l'exhalaison constante de mucus qui se produit à la surface de l'épithélium buccal et par l'action bactéricide de la salive. Mucus buccal et salive dérivent, en effet, l'un et l'autre, du plasma sanguin et participent de ses propriétés germicides. Puis, il y a encore, comme dit Hügenschmidt, l'action mécanique de cette salive, qui exerce dans la bouche une sorte d'irrigation continue, et, enfin, la concurrence vitale des microbes, leur antagonisme et la destruction réciproque qui en est la conséquence. Aussi l'action de toutes ces bactéries, pathogènes et non pathogènes, s'exerce-t-elle exclusivement, à l'état normal, sur les débris alimentaires et sur la salive ; de leur influence sur ceux-là résultent les fermentations désagréables de la bouche ; de leur influence sur celle-ci résulte la précipitation des sels de la salive et la production du tartre dentaire.

Au reste, et pour parer d'une manière continue à l'action si facilement pathogène d'un grand nombre des bactéries de la cavité buccale, notre organisme est protégé par une triple ligne de défense. C'est, au premier plan, la continuité du vernis épithélial et la phagocytose que viennent exercer dans la bouche les leucocytes attirés

par les propriétés chimio-taxiques de la salive (Hügenschmidt). Stoer a montré, du reste, que les sécrétions glandulaires renferment, à l'état normal, des leucocytes. C'est, au second plan, s'il est vrai, ainsi que l'ont dit Sarré et Warmuth, que le revêtement épithélial n'est pas toujours infranchissable, ce puissant épanouissement de follicules clos qui s'étale dans le derme de la langue, du pharynx, de l'amygdale. C'est, enfin, cette chaîne pour ainsi dire ininterrompue de glandes lymphatiques qui encerclent d'un véritable anneau de protection ganglionnaire le pharynx et la bouche. Qualité et quantité naturelle de la salive et du mucus buccal, intégrité du revêtement épithélial, exercice régulier de la phagocytose leucocytaire dans l'intérieur de la bouche, dans la zone dermique et dans l'appareil ganglionnaire cervical : telles sont les conditions qui assurent la suprématie de notre individu sur ses parasites, et l'équilibre de la vie.

Mais qu'un de ces trois éléments nécessaires à la préservation de l'individu soit détruit ou altéré, voilà que celui-ci devient la proie de l'infection. La salive et le mucus buccal sont-ils modifiés dans leur composition chimique, leur coefficient de sécrétion est-il diminué, la diapédèse est-elle en souffrance, le pouvoir englobant et destructeur des cellules phagocytaires est-il ébranlé : le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, de saprophytes qu'ils étaient, deviennent pathogènes. Ainsi agissent, et, sans doute en mettant concurremment en œuvre tous les mécanismes qu'on vient d'indiquer, les grandes pyrexies, les intoxications, le refroidissement, le surmenage, la misère physiologique. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit : chacun sait (Villemin) que l'urine devenue ammoniacale perd ses propriétés bactéricides ; qu'après l'inoculation du bacille pyocyanique la diapédèse devient nulle ; que la phagocytose ne s'opère plus chez les lapins refroidis à 30° ; que les suppurations se localisent du côté paralysé chez les hémiplegiques ; que les infections évoluent avec une gravité toute particulière chez les animaux surmenés, mis au manège.

Eh bien ! que dans ces conditions, sous l'influence desquelles s'exalte si fortement la virulence bactérienne, survienne une excoriation de l'épithélium buccal, et voilà la porte ouverte à des accidents dont la portée peut devenir extrême. Or, considérez combien est exposée la muqueuse de la bouche aux érosions et ulcérations de toutes sortes, et combien grande est la fréquence de celles-ci. Les plaies de la langue, des gencives et de la joue, produites par la mastication et le contact d'aliments trop durs, par le frottement de la langue sur une dent déviée ou aiguë, par l'usage du cure-dents ; les desquamations, épithéliales provoquées par les brûlures : les aphtes, l'herpès : voilà autant de brèches par où l'agent infectieux peut, à chaque instant, pénétrer. Mais de toutes les modifications ou altérations de la bouche, la plus importante, et de beaucoup, dans l'espèce, est la carie dentaire. Importante, en effet, par la nature même des lésions qu'elle détermine : l'ouverture de la cavité

pulpaire, l'infection et la suppuration de la pulpe. Une pulpe ouverte, c'est une bouche absorbante toujours béante pour les bactéries du voisinage ; une pulpe infectée, c'est dans l'organisme, un foyer de suppuration avec toutes les fermentations dont il devient l'origine ; c'est, en résumé, cet organisme exposé à l'empoisonnement par les ptomaines du pus, par les "décharges dans le torrent circulatoire" des toxines du staphylocoque, du streptocoque et des anaérobies.

(*La Presse med.*) — *Ind. med.*

Traitement du cancroïde.

par CERNY et TRUNECEK.

Le foyer néoplasique est soigneusement nettoyé et abstergé ; il ne faut pas craindre pendant cette manœuvre de faire sourdre un peu de sang frais à la surface de la tumeur ; au besoin même, on cruentera l'ulcération cancéreuse sur une faible étendue, car il est indispensable que le contact du topique avec le tissu morbide s'effectue en présence du sang frais ; d'ailleurs, quelques gouttes suffisent parfaitement, et, si le sang s'écoulait en trop grande abondance, il faudrait sécher un peu la plaie avant d'appliquer le remède. On agite alors la mixture arsenicale et, à l'aide d'un pinceau, on en badigeonne toute la surface du cancer. On laisse évaporer à l'air libre, puis on panse à plat, si c'est nécessaire, mais il est toujours préférable de laisser l'ulcère sans pansement.

A la suite de cette application, le malade éprouve généralement pendant quelques heures de la douleur, qui est du reste supportable. Dès le lendemain, le néoplasme est complètement recouvert d'une eschare produite par l'action de l'acide arsénieux. Chaque jour, un nouveau badigeonnage est pratiqué sur cette croûte qui, de jaunâtre qu'elle était au début, devient successivement brune, puis presque complètement noire. Cette eschare, d'abord fortement soudée, s'ébranle peu à peu et finit par se détacher.

Celle-ci détaché, on badigeonne de nouveau avec la mixture alcoolisée le fond de l'ulcère ; si le lendemain on ne voit apparaître qu'une croûte jaunâtre mince et faible à enlever, on peut être assuré que la plaie guérira toute seule et qu'il ne reste plus une parcelle de tissu carcinomateux dans le foyer pathologique. Mais s'il se forme une croûte de couleur foncée, résistante, adhérente, il faut poursuivre le traitement jusqu'à la régression totale des derniers éléments cancéreux.

Au cours de la médication, plus l'eschare devient épaisse, plus le topique doit être énergique, c'est-à-dire plus il doit contenir d'arsenic. Au lieu d'une solution à 1/150^e, comme celle du début, on emploiera donc une solution à 1/100^e, et même à 1/80^e, d'après la formule

Acide arsénieux pulvérisé.... 1 gramme.
Alcool éthylique..... } àà 40 —
Eau distillée..... }

F. S. A. — Usage externe.

Lorsqu'il ne subsiste plus le moindre vestige de tissu cancéreux, l'ulcération néoplasique se transforme en une plaie bourgeonnante tapissée d'une fine pellicule blanchâtre, et l'on ne trouve plus d'induration, sur les bords, ni au fond de la perte de substance. C'est alors qu'il convient de traiter la plaie comme une surface suppurante ordinaire qui commence à se recouvrir de granulations. Si l'on veut éviter la formation de cicatrices, il faut appliquer, particulièrement sur les bords de la plaie, une pommade composée de 1 partie d'acide borique pour 10 parties de vaseline.

La durée du traitement est très difficile à fixer : elle peut varier de trois semaines à trois mois et même davantage.

Pour éviter que le liquide ne s'écoule sur les bords de la plaie, on peut enduire son pourtour d'un peu de vaseline. Près de l'œil il faut prendre de grandes précautions. MM. Cerny et Trunecek activent l'évaporation au moyen d'un soufflet et renouvellent plusieurs fois l'application dans la même séance. Enfin, il paraît préférable de laisser la plaie à l'air libre, sans pansement.

Quant au titre de la solution, il a été porté par M. Jaboulay jusqu'à 1/30 sans inconvénient. Dans le service de M. Fournier on emploie souvent la solution à 1/50.

Le plus grave inconvénient de cette méthode est, il faut le reconnaître, la douleur souvent atroce et longtemps prolongée produite par ces applications. C'est pour y remédier qu'on a surtout utilisé l'orthoforme, dont l'action a été souvent très favorable, d'autres fois très peu marquée. Voici à cet égard une observation importante de M. Ginestous, relative à une malade chez laquelle la solution ordinaire amenait des douleurs allant jusqu'à la syncope. On associa alors l'orthoforme à l'arsenic dans la solution, dont on modifia ainsi la formule initiale :

Orthoforme 1 gramme
Acide arsénieux..... 0 gr. 10 centig.
Alcool..... } àà 7 grammes 50
Eau..... }

Grâce à cette nouvelle solution, on put continuer le traitement ; bientôt la malade accusa une douleur moins vive qu'avec la solution première ; on augmenta la dose d'acide arsénieux.

Orthoforme } àà 1 gramme.
Acide arsénieux..... }
Alcool..... } àà 40 grammes.
Eau..... }

Il n'y eut pas de douleur après le badigeonnage.

Les 4 jours qui suivirent, le taux arsenical fut encore augmenté.

Orthoforme.....	0 gramme 60
Acide arsénieux..	0 gramme 30
Alcool.....	} à 10 grammes.
Eau.....	

la douleur continua d'être insignifiante.

L'eschare s'étant détachée, et un badigeonnage ayant été fait sur la plaie, la malade se plaignit d'une douleur qui fut immédiatement calmée par une lotion de l'ulcère avec :

Orthoforme.....	0 gramme 05
Glycérine.....	4 grammes.

Même dans les cancers inopérables, cette méthode est un bon traitement palliatif ; elle supprime toujours et rapidement l'odeur et les sanies, quelquefois même la douleur qui résiste à tous les calmants.

(*J. de méd. de Paris.*)

GYNECOLOGIE

Le déciduome malin.

par M. le Dr G. MÉTOZ (Th. de Paris).

(*Suite*)

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Les symptômes généraux apparaissent de bonne heure. En effet à peine le déciduome est-il installé que nous voyons la patiente s'anémier, maigrir, perdre ses forces, que nous voyons son teint se décolorer, sans toutefois revêtir la coloration jaune paille du néoplasme utérin. Rapidement la malade passe à un état cachectique ; ses yeux s'excellent, les pommettes deviennent saillantes, les rides du visage s'accroissent.

À la suite de ces hémorragies utérines si tenaces, et quelquefois si abondantes le nombre des globules sanguins diminue en notable proportion. La numération de ces globules peut même donner un résultat terrifiant, comme dans le cas de notre observation où le microscope dévoilait seulement 2,418,000 rouges par centimètre cube. L'examen du sang ne fait découvrir qu'une anémie intense, on ne trouve pas d'altération dans la forme des globules rouges ou blancs. Le système lymphatique est moins touché par le déciduome que par toute autre infection néoplasique.

D'après l'évolution de cette tumeur nous pouvons diviser sa marche en deux grandes périodes. Dans la première on constate des hémorragies, premier symptôme du déciduome malin. En même temps, par le toucher vaginal et intra-utérin, on se trouve en présence d'un utérus souvent augmenté de volume, quelquefois légèrement enclavé, d'une consistance un peu molle, à cavité présentant en un point généralement unique des fongo-

sités à hémorragies faciles. Dans cette même période et surtout à sa fin on s'aperçoit que la malade s'anémie, perd tout appétit et que ses forces diminuent.

La seconde phase, l'ultime, se caractérise par des métastases vaginales faciles à percevoir au toucher par des métastases pulmonaires que l'auscultation, la toux et l'expectoration peuvent faire soupçonner. En même temps se produit l'exagération des phénomènes de début : hémorragies de plus en plus fréquentes, utérines d'abord, puis hémorragies des métastases avec sphacèle de ces mêmes métastases.

Enfin surviennent des élévations de température, puis un écoulement vaginal continu, roussâtre et quelquefois séro-purulent, dû souvent à des infections utérines secondaires. À partir de cette époque les jours de la malade sont comptés et la mort survient à la suite d'une anémie entretenue par ces hémorragies répétées, quelquefois même par les généralisations de la tumeur. Tel est dans son ensemble le tableau classique du déciduome malin : aussi le pronostic est-il très sévère. La durée du déciduome est excessivement courte, rarement elle dépasse 8 mois, généralement l'affection entraîne la malade au 4^e ou 5^e mois de son évolution : aussi peut-on dire que, de toutes les néoplasies utérines, le déciduome est de beaucoup la plus rapide dans son évolution, et partant la plus terrible.

DIAGNOSTIC. — Les difficultés du diagnostic varient suivant les divers aspects cliniques que revêt le déciduome malin.

Tant que la tumeur reste pour ainsi dire à un état latent, tant qu'aucun symptôme ne vient la trahir, il est bien évident que le diagnostic est impossible. Mais dès que des hémorragies abondantes et surtout fréquentes surviennent chez une femme qui a eu des grossesses, qui a expulsé surtout une môle hydatiforme, le clinicien doit songer au déciduome. Aucune affection utérine ne provoque des hémorragies aussi fréquentes, aussi tenaces : la métrite hémorragique, le fibrome, provoquent surtout des ménorrhagies, des troubles de la menstruation s'accompagnant de leucorrhée, mais jamais d'écoulement sanguinolent aussi tenace. L'hémorragie avec l'ensemble de ses caractères formera donc le premier signe de quasi-certitude, elle détermine le médecin à examiner l'utérus de la femme malade. L'examen intra-utérin sera le second point de repère dans la voie de notre diagnostic. Si à l'aide du doigt introduit dans la cavité utérine on rencontre en un point une surface peu étendue, se détachant nettement de la muqueuse utérine, sans résistance, fongueuse, saignant au moindre contact, si avec cela avant d'arriver sur cette surface on a rencontré quelques caillots, on est à peu près sûr du diagnostic. Cet examen aura éliminé l'épithélioma du col, les fibromes sous-muqueux, les métrites : en effet, dans l'épithélioma du col l'ulcération siège au niveau du museau de tanche, celui-ci est bosselé, ulcéré ; de plus, la présence d'un écoulement horriblement fétide fait disparaître tous les doutes.

Quant aux fibromes, ils ne causent jamais d'altération de la muqueuse utérine sensible au doigt, ils ne provoquent en général qu'un agrandissement de la cavité utérine. Dans la métrite, le museau de tanche est augmenté de volume, surtout transversalement (col en massue) ; la cavité utérine n'offre que des érosions reconnaissables d'ailleurs au doigt à leur sensation veloutée, mais jamais en un point des saillies pouvant simuler les végétations du déciduome malin.

Enfin, dans le cas d'un épithélioma du corps, le doigt rencontre une surface pouvant, il est vrai, saigner au moindre contact, mais cette surface malade est beaucoup plus étendue que dans le cas d'un déciduome malin ; de plus, les bourgeons mollasses et plus volumineux reposent sur un fond induré, une sorte de coque ligneuse ; enfin, le doigt revient recouvert de cet écoulement roussâtre et fétide, particulier au néoplasme utérin. Si à ce moment le diagnostic paraît encore douteux, le clinicien devra recourir au 3^e élément de diagnostic : l'examen anatomo-pathologique d'une partie de la tumeur qu'il est toujours facile de ramener de la cavité utérine : dès lors le diagnostic est parachevé et l'on n'aura plus qu'à précipiter l'intervention.

En résumé, on peut dire que le diagnostic au début, bien avant l'apparition des métastases, peut être posé d'une façon absolue : il suffit de se baser sur les différents caractères des hémorrhagies, sur l'examen de la cavité utérine et enfin sur les résultats recueillis à la suite de l'examen microscopique d'une partie de la tumeur.

TRAITEMENT. — A-t-on fait le diagnostic de déciduome malin ; l'indication est non pas de débarrasser l'utérus de ses fongosités par des curettages répétés sous prétexte de parer à des accidents redoutables, tels que les hémorrhagies et l'anémie, mais d'attaquer directement le mal dans sa forteresse, c'est-à-dire pratiquer dans le plus bref délai l'hystérectomie.

Quand par un examen sérieux on aura reconnu que l'utérus n'est pas enclavé par des adhérences péritonéales, que ses annexes, ovaires et trompes, ne sont pas devenus kystiques, on recourra à l'hystérectomie vaginale. Dans le cas contraire, il faudra procéder à l'hystérectomie abdominale. Il en sera de même lorsque par un toucher intra-utérin on aura reconnu que le muscle est fortement envahi par la néoplasie, et par suite devenu friable au point de ne pas résister à la pression nécessaire à son abaissement dans le cours d'une hystérectomie vaginale.

Pour être complet, nous devons toucher au traitement de la môle hydatiforme. En présence d'une grossesse molaire diagnostiquée chez une femme en imminence d'avortement, l'accoucheur doit aussitôt songer à débarrasser l'utérus de son contenu. A ce sujet, on doit procéder tout d'ord non pas à un curetage mais à un curage de la cavité utérine : on ne fera un véritable curetage que 10 jours après l'expulsion de la môle. Pour pra-

tiquer le curage on doit se servir d'une grande curette mousse, fenêtrée, en forme d'étrier, sorte de grande cuiller, avec laquelle on pénètre dans la masse des vésicules et l'on ramène doucement la môle, débris par débris. Lorsque l'opération est terminée, on fait un grand lavage de la cavité utérine avec la solution iodo-iodurée de Tarnier. On finira le pansement en introduisant une mèche de gaze iodoformée dans l'utérus pour prévenir autant les hémorrhagies secondaires que l'infection par sphacèle des débris de môle. On répétera ce pansement tous les jours pendant les 10 jours qui suivront l'expulsion de la môle.

Ce n'est que le 10^e jour après cette expulsion que l'on procédera à un véritable curetage. A ce moment, une partie des détritrus de môle qui auront échappé au curage seront mis en relief par les parois de la cavité utérine redevenues plus planes. Deux jours avant de pratiquer le curetage, c'est-à-dire au 8^e jour, après avoir fait un lavage de la cavité utérine à la solution iodo-iodurée, on devra bourrer cette cavité à la gaze iodoformée.

Le curetage fait, on lave la cavité utérine, soit avec la solution iodo-iodurée, soit avec une solution de permanganate de potasse à 1/1000. On cautérise ensuite l'utérus à l'aide d'un écouvillon imbibé de glycérine créosotée ou d'une solution de chlorure de zinc au 1/8. Puis on bourre la cavité utérine de gaze iodoformée. Le premier pansement se fera deux jours après : on cautérisera de nouveau à l'aide de la glycérine créosotée, puis on fera un nouveau tamponnement. On fera 4 ou 5 pansements de cette façon, un tous les deux jours. La femme que l'on aura ainsi traitée sera surveillée attentivement pendant plusieurs semaines.

Néanmoins, tout danger n'est pas écarté : en effet, malgré l'opération secondaire prophylactique, des débris de môle auront pu rester enclavés, une hémorrhagie pourra survenir : dans ce cas il faudra dilater le col et faire un toucher utérin. Si l'on constate l'existence de noyaux saillants ou de fongosités, le diagnostic de tumeur maligne déciduale s'imposera, et la seule indication sera de faire l'hystérectomie sans tarder.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

OBSTÉTRIQUE

De l'ampliation du périnée et de la vulve en obstétrique. Intégrité du périnée.

Cette question a été magistralement traitée par le professeur Dumas (de Montpellier), et doit être de nouveau présentée aux praticiens.

Pour permettre le passage du fœtus, les parties molles qui composent le canal génital de la femme doivent se dilater, s'ouvrir, sans quoi l'accouchement serait impossible. Cette dilatation durant le travail se mani-

feste successivement du côté du col utérin, du vagin et du périnée, et enfin de la vulve. Il ne sera question ici que du périnée et de la vulve, parties molles qui demandent à être particulièrement surveillées par l'accoucheur, car elles deviennent fréquemment cause de dystocie, et leurs lésions retentissent souvent pendant les suites de couches sur la santé de la femme.

L'ampliation du périnée et de la vulve peut se faire sous trois influences différentes : sous celle de la poche des eaux, de la partie fœtale qui se présente, ou enfin d'une manœuvre. Examinons successivement chacun de ces trois agents.

Ampliation produite par la poche des eaux. — La poche des eaux est, on le sait, la partie des enveloppes de l'œuf qui est mise à nu par la dilatation du col utérin. Dans les conditions normales et habituelles, la poche des eaux se rompt spontanément quand la dilatation est complète ; c'est par cette ouverture que le fœtus sort de l'intérieur de l'œuf et des organes génitaux. Dans quelques cas cette rupture est retardée, et alors la poche des eaux, à mesure que le travail avance, fait une saillie de plus en plus marquée : elle envahit le vagin, arrive à l'orifice de la vulve, et fait hernie à travers cet orifice. Ces cas de rupture tardive ont été étudiés attentivement par Byford, de Chicago, qui pense qu'en pareille circonstance la poche des eaux agit efficacement sur le périnée et l'orifice vulvo-vaginal et amène leur ampliation. L'action de la poche des eaux serait la même sur les tissus mous périnéo-vulvaires que sur le col utérin. D'où la conclusion qu'il ne faut pas rompre artificiellement cette poche des eaux, alors que la dilatation est complète, ainsi qu'on le fait d'habitude. Conséquent avec sa théorie, le docteur Byford recommande, dans le cas où les membranes se rompent avant d'avoir achevé leur dilatation, d'introduire dans le vagin une poche en caoutchouc, que l'on gonfle avec de l'air ou avec de l'eau.

Pour répondre à Byford, Dumas discute la question suivante : est-il possible, dans la majorité des cas, de compter sur la poche des eaux pour dilater l'orifice inférieur du vagin ?

Et d'abord, comment se forme la poche des eaux ? Les auteurs sont peu explicites à ce sujet. Deux hypothèses sont en présence : 1° ou les membranes subissent une distension énorme au niveau du col et forment le prolongement qui constitue la poche des eaux (théorie de l'élongation) ; 2° ou les membranes se séparent jus qu'à une certaine hauteur du segment inférieur du corps de l'utérus pour venir se mettre au contact du col effacé (théorie du décollement ou du glissement). Contre la théorie de l'élongation on peut citer les expériences de Duncan, qui prouvent que les membranes sont très peu extensibles. C'est la théorie du décollement et du glissement qui est la plus rationnelle. L'œuf se décolle dans le segment inférieur de l'utérus, et la paroi utérine, grâce à l'effacement et à la dilatation du col, remonte le long des parois de l'œuf, de manière à en laisser une partie à

découvert. Ce ne serait pas, d'après Dumas, l'œuf qui glisserait le long de la paroi utérine, mais la paroi utérine qui glisserait le long de l'œuf. L'œuf serait passif, la paroi utérine active. Par ce mécanisme du décollement s'expliquent facilement les minimes hémorragies qui se font à l'approche du travail, et le décollement placentaire dans les cas d'insertion vicieuse. Avec ce décollement, qui peut être très étendu, on comprend la possibilité d'une poche des eaux très saillante, sans qu'il soit besoin d'une extensibilité très marquée des membranes de l'œuf. Comment se fait-il qu'avec la liberté que le glissement donne à la poche des eaux elle soit aussi plate dans les cas normaux, dans les présentations normales du sommet ? Ceci est dû à un mécanisme intéressant. La tête forme bouchon, en s'appliquant sur le segment inférieur de l'utérus, de telle sorte que le liquide amniotique ne peut pénétrer au-dessous d'elle ; la partie du liquide sous-jacente à la tête et enfermée dans la poche est soumise à une pression moindre que celle qui existe dans l'utérus au moment de la contraction. Quand la dilatation est complète, le col ne maintient plus la tête, qui descend, et qui appuie sur la poche des eaux en même temps qu'elle retient les membranes latéralement, de telle sorte que la rupture a lieu à ce moment. Dans les cas de présentation vicieuse, la partie fœtale ne formant pas bouchon, le liquide amniotique vient s'accumuler dans la poche des eaux, qui alors devient volumineuse.

On voit donc que dans les présentations normales du sommet, il ne peut exister de poches d'eaux volumineuses, et que chercher à obtenir ce résultat, ainsi que conseille Byford pour faciliter la dilatation de l'orifice vulvo-vaginal, est une chose irréalisable.

M. Dumas montre clairement que la poche d'eau volumineuse est et doit être une exception, mais il ne dit pas si dans les cas où elle existe elle est ou non susceptible de dilater l'orifice vulvo-vaginal. Or, dans les différentes circonstances où nous avons observé cette forme spéciale de la poche des eaux, nous ne l'avons vue exercer aucune action nette sur les parties extérieures de la génération. Sur le col utérin lui-même la poche des eaux n'agit efficacement que lorsqu'elle est soutenue et accompagnée par une partie fœtale ; il est bien probable que seule elle serait impuissante à ouvrir la porte utérine ; témoin ces poches d'eaux volumineuses remplissant tout le vagin avec un orifice utérin à peine ouvert. On voit donc que si l'idée de Byford n'est pas réalisable, il n'y a aucun regret à avoir, car le serait elle, l'accouchement n'en deviendrait en aucune façon plus facile.

Ampliation produite par le fœtus. — L'ampliation du périnée et de la vulve est produite à l'état normal par la partie fœtale, qui, poussée par la contraction utéro-abdominale, s'ouvre petit à petit un chemin pour arriver au dehors ; c'est dans cette lutte que se fait l'ampliation des parties molles. Les différentes régions fœtales ne sont pas également aptes à ce rôle, et pour une même présentation la position n'est pas indifférente. Un exemple :

dans la présentation du sommet, l'ampliation des parties molles se fera beaucoup mieux avec une occipito-pubienne qu'avec une occipito-sacrée. C'est pour remédier aux difficultés de ce temps de l'accouchement, qu'on a songé à employer des manœuvres spéciales, dont nous allons maintenant dire quelques mots.

Ampliation obtenue à l'aide de manœuvre. — Il y a longtemps que les accoucheurs ont essayé différentes manœuvres pour dilater, pour ouvrir les parties molles de la mère sur le trajet que doit parcourir le fœtus, espérant ainsi faciliter l'accouchement. Ces manœuvres ont porté soit sur l'orifice utérin, soit sur le vagin, le périnée et la vulve ; elles ont été désignées par quelques accoucheurs sous le nom de petit travail, par opposition au grand travail qui serait celui exécuté par la nature ; le premier étant par conséquent artificiel, tandis que le second est naturel. La plupart de ces manœuvres sont aujourd'hui tombées dans l'oubli ; car non seulement elles sont inutiles le plus souvent, mais elles peuvent devenir nuisibles en amenant l'irritation, l'inflammation des parties maternelles.

Il faut cependant reconnaître que si cet ostracisme est complet pour le col, il n'en est pas tout à fait de même pour le périnée et l'orifice vulvo-vaginal, et parmi les différentes manœuvres employées à cet effet, une des meilleures est certainement celle conseillée par le professeur Dumas, publiée dans le *Montpellier médical* de 1883, et qu'il a désignée sous le nom générique de dilatation prœfœtale de la vulve. Voici en quoi consiste cette méthode. Les trois premiers doigts de la main droite (pouce, index, médium) sont au moment de l'expulsion de la tête introduit dans le vagin. Arrivés sur la tête fœtale, on les écarte doucement, de façon à les faire glisser entre elle et l'orifice du vagin. On les enfonce jusqu'à une profondeur telle qu'ils éprouvent une pression modérée entre la tête et l'orifice vaginal. Dans cette situation les doigts constituent en avant de la tête une sorte de cône ou plutôt de trépied, qui traverse la vulve et dont la base est appliquée sur la tête, tandis que son extrémité amincie reste à l'extérieur. Ce cône qui surmonte la tête fœtale, à la manière de ces bonnets pointus dont se coiffent les clowns, exerce une dilatation préalable sur l'orifice vulvo-vaginal. On pourrait, ainsi que l'a fait Dumas, à propos de l'influence de la poche des eaux sur le col utérin, comparer cette action à la petite manœuvre qu'emploient les pharmaciens pour passer un anneau de caoutchouc autour du goulot d'une bouteille ; ils adaptent sur le bouchon un petit cône en bois, dont la pointe est dirigée en haut et le long duquel l'anneau élastique glisse en s'élargissant régulièrement à mesure qu'on le fait descendre.

M. Dumas repousse toute espèce de parenté entre sa méthode et le petit travail de certains accoucheurs. Dans le petit travail, les doigts agissent directement sur les tissus mous qu'ils ont la prétention d'élargir en les massant ou en les attirant : Dans la dilatation prœfœtale,

c'est la tête fœtale elle-même qui agit sur la vulve par l'intermédiaire des doigts. Il y a, en effet, entre les deux méthodes une nuance, mais rien autre chose qu'une simple nuance.

Les résultats cliniques obtenus par la dilatation prœfœtale ont été consignés par M. Passarini dans sa thèse inaugurale. Sur 16 cas où la méthode a été employée, deux fois seulement le périnée a présenté une déchirure de 3 centimètres dans un cas, et de 4 centimètres dans l'autre. La dilatation prœfœtale raccourcirait aussi notablement la période d'expulsion, qui, au lieu de durer deux à quatre heures, serait comprise dans les limites de vingt-cinq minutes à une heure vingt minutes.

CONCLUSIONS. — Quelles conclusions pratiques tirer de l'exposé qui précède ? Le médecin qui assiste une femme dans son accouchement doit-il confier l'ampliation du périnée et de l'orifice vaginal à la poche des eaux, à la partie fœtale qui se présente, ou la provoquer à l'aide d'une manœuvre ? Nous n'avons plus qu'à choisir entre l'ampliation naturelle spontanée faite par le fœtus poussé par la contraction utéro-abdominale et la méthode de dilatation prœfœtale. Or nous croyons l'opinion des accoucheurs de Paris à peu près unanime sur cette question : sauf quelques cas exceptionnels où les manœuvres peuvent être bonnes, et parmi elles celle de M. Dumas serait certainement une des meilleures, il faut abandonner aux forces naturelles l'ampliation des parties molles de la mère, en luttant contre l'utérus et la paroi abdominale s'ils se contractent trop énergiquement, en les aidant au contraire par une application de forceps ou des tractions manuelles si leur action est trop faible. Avec l'éminent professeur de Montpellier nous pensons qu'il ne faut jamais compter sur la poche des eaux, son rôle est éminemment utile pour la dilatation de l'orifice utérin, mais inefficace quand il s'agit du périnée et de l'orifice vulvo vaginal.

Le rôle de l'accoucheur est de soutenir le périnée et non de le dilater, de l'abaisser, de l'ouvrir. Ou ce périnée est suffisamment élastique, et la partie fœtale le déprimera sans le déchirer, ou l'élasticité voulue fait défaut, et tous les procédés seront impuissants à lui donner cette souplesse nécessaire à l'accouchement normal ; si on voulait agir d'une façon inefficace, il faudrait changer sa constitution, sa structure. Tous les procédés qui consistent soit à attirer le périnée en avant, soit à le repousser en arrière, à essayer de lui donner de l'étoffe en abaissant la partie latérale de la vulve nous paraissent également illusoire.

Le secret de l'intégrité du périnée pendant l'accouchement vaginal se résume en deux indications principales : 1° ralentir la progression de la partie fœtale qui se présente ; 2° diriger cette partie fœtale pour l'adapter à la forme du canal génital.

(J. de méd. de Paris.)

MALADIES VENERIENNES

Retrecissement mitral et syphilis hereditaire.

par L. BOUVERET, (Lyon.)

Il y a plusieurs années, quelques cas de la clientèle privée, il est vrai très incomplètement observés à ce point de vue, m'avaient fait présumer que l'hérédosyphilis peut provoquer le rétrécissement mitral pur. A cette époque, il était question des rapports de la sténose mitrale et de la tuberculose. M. Potain, M. Tripier, et M. Lépine regardaient la tuberculose, l'hérédité tuberculeuse, comme la cause très probable d'un certain nombre de ces rétrécissements de l'orifice mitral qui se développent lentement, insidieusement, sans passer par une période d'endocardite aiguë, et dont l'origine remonte aux premières années de la vie, peut-être même à la vie fœtale. Il me semblait que l'hérédité syphilitique peut agir sur l'endocarde mitral à la manière de l'hérédité tuberculeuse.

Récemment, un nouveau cas s'est présenté à mon observation, cas précis, complet, où l'hérédosyphilis paraît bien l'unique cause de l'affection mitrale.

D'autres observateurs ont également remarqué cette association de l'hérédosyphilis et du rétrécissement mitral.

En 1896, à la Société de dermatologie, MM. Gastou et Keim présentaient un cas complexe dans lequel un rétrécissement mitral coïncidait avec de nombreux accidents syphilitiques. A propos de cette communication, M. Jacquet faisait cette remarque : "J'ai vu au moins trois ou quatre femmes atteintes de rétrécissement mitral congénital chez qui il existait des stigmates avérés d'hérédosyphilis."

L'observation III de la thèse de M. Ed. Fournier est un exemple de syphilis héréditaire avec sténose mitrale. L'auteur la rapporte en ces termes : "Fille de 18 ans, issue de parents syphilitiques. La mère a eu 12 enfants dont 9 sont morts en bas âge d'accidents convulsifs. Convulsions dans l'enfance. Implantation vicieuse des dents, persistance des dents de lait. Surdité profonde depuis l'âge de sept ans. Intelligence faible. Taille très réduite. Rétrécissement mitral.

Dans les deux plus récents traités des maladies du cœur, M. Merklen et M. Barrié inclinent à considérer l'hérédosyphilis comme une cause de rétrécissement mitral. Ils citent encore deux cas, l'un de M. Huchard, l'autre de M. Labadie-Lagrave.

Des recherches plus étendues en feraient sans doute découvrir quelques autres, et il est probable que, si l'attention des cliniciens est attirée sur ce point, les cas nouveaux deviendront de plus en plus nombreux. Quoi qu'il en soit, il est permis de conclure que, dans les faits jusqu'à présent connus, il y a plus qu'une simple coïncidence, et la sténose mitrale doit être mise au rang des dystrophies que peut engendrer l'hérédosyphilis ; en

d'autres termes, il existe un rétrécissement mitral syphilitique, ou mieux hérédosyphilitique.

La tuberculose et l'hérédosyphilis provoquent deux espèces d'endocardite : l'une est caractérisée par des nodules tuberculeux ou des exsudatsommeux ; l'autre est une simple sclérose que produisent sans doute les poisons solubles d'origine bactérienne. C'est de cette sclérose que procède très probablement le rétrécissement mitral par de la tuberculose et de l'hérédosyphilis.

Comme le début de la sténose tuberculeuse, celui de la sténose syphilitique ne peut être précisé ; il est peut-être congénital. Les troubles fonctionnels restent longtemps peu prononcés ; ils ne commencent à se manifester que vers l'époque de la puberté. Il est à remarquer que ma jeune malade fut chlorotique au moment de ses premières règles.

Ordinairement, l'affection mitrale est associée à d'autres stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis, et cette association permet d'en reconnaître la véritable nature. Il est cependant bien permis de présumer que, dans les formes atténuées de l'hérédosyphilis, la sténose mitrale peut exister seule, ou n'être accompagnée que de stigmates dystrophiques légers, douteux, d'une interprétation difficile. Ainsi s'expliquent peut-être un certain nombre de ces rétrécissements purs, dans l'histoire desquels paraît manquer toute donnée étiologique, et même l'hérédité tuberculeuse.

Dans toutes les observations précédemment citées, il s'agit de jeunes femmes ou de jeunes filles. C'est un fait maintenant bien connu que le rétrécissement mitral est beaucoup plus commun chez la femme que chez l'homme.

La plupart des malades sont de taille exigüe, ont une menstruation retardée ou irrégulière, présentent des signes d'aplasie vasculaire. On sait que ces imperfections du développement peuvent être produites par la seule sténose mitrale ; ici, elles sont imputables aussi à l'influence dystrophique de l'hérédosyphilis.

(Lyon méd.)

Le salicylate de méthyle dans les érections douloureuses.

M. le docteur Baratier (de Jougny) signale dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, un procédé qu'il a employé avec succès chez trois malades atteints de blennorrhagie et présentant des érections nocturnes extrêmement douloureuses. Dans ces cas, il prescrit des bains et de l'eau de Vichy à haute dose. Pour la suite, il fait faire des onctions sur la verge pendant quelques minutes avec :

Salicylate de méthyle..... 1 gramme.
Vaseline liquide..... 10 —

Le membre ainsi enduit est entouré d'une légère couche d'ouate, maintenue sur la verge au moyen d'une bande de taffetas gommé.

Dans les trois cas où les onctions avec la vaseline au salicylate de méthyle ont été faites, l'élément douleur a disparu en peu de temps : le salicylate de méthyle a supprimé la douleur et semble avoir affaibli le degré de l'érection. Par suite, les blennorrhagies ont suivi leur cours normal et habituel.

(Lyon méd.)

PEDIATRIE

Traitement du muguet par le suçon borique. par ESCHERICH.

L'auteur obtient chez les enfants atteints du muguet des résultats thérapeutiques qui ne laissent rien à désirer, en donnant aux petits malades un suçon chargé d'acide borique en poudre. On prend un petit tampon de coton aseptique, on l'imprègne d'acide borique finement pulvérisé et additionné d'une petite quantité de saccharine, en utilisant chaque fois 0 gr. 20 centigr. environ de poudre, puis on le renferme dans un petit sac de soie ou de batiste soigneusement stérilisé, et on l'introduit dans la bouche de l'enfant, qui d'ordinaire le garde volontiers en le suçant dans les intervalles de tétées et parfois même pendant le sommeil. Sous l'influence des mouvements de suçon, l'acide borique se dissout lentement dans la salive et peut de la sorte agir d'une façon directe et continue sur l'oidium albicans. Le lendemain on donne à l'enfant un nouveau suçon identique au premier.

Dans les cas récents, lorsque le muguet n'est pas encore très étendu, l'enduit mycosique s'efface partout au bout de vingt-quatre heures, sauf dans les rainures gingivo-buccales d'où il disparaît dans le courant du jour suivant. Dans les cas invétérés la guérison ne se produit qu'avec un temps un peu plus long. On peut l'accélérer en associant à l'usage du suçon boriqué des nettoyages mécaniques et des badigeonnages médicamenteux de la cavité buccale ; mais l'affection guérit très bien même en l'absence de ces moyens adjuvants. Le traitement n'échoue que s'il s'agit d'enfants moribonds qui n'ont plus la force de sucer et chez lesquels il n'existe pour ainsi dire plus de sécrétion salivaire.

(Ann. méd. chir. infant. — Ann. thérap.)

Traitement de la coqueluche par les insufflations d'orthoforme.

par le Dr SPIESS.

La quinte de toux, caractéristique de la coqueluche,

peut être envisagée comme un réflexe ayant pour point de départ les terminaisons du nerf laryngé supérieur (hypémie de la muqueuse des régions aryénoïdienne et inter-aryénoïdienne). La cocaïne proposée pour modifier ce réflexe, serait avantageusement remplacée par l'orthoforme, en raison de son action inoffensive et de sa faible solubilité. M. Spiess se sert de poudre impalpable d'orthoforme, qu'il insuffle avec un pulvérisateur, de façon à déposer sur la paroi postérieure du pharynx un nuage de substance médicamenteuse qui sera entraînée par le courant d'air inspiré.

Le nombre des insufflations variera avec l'âge des malades : chez les enfants âgés de plus de 3 ans, 3 à 4 insufflations toutes les 3 heures ; — au-dessous de 3 ans, 3 à 4 insufflations dans la journée et autant la nuit ; — chez le nourrisson, une seule insufflation par 24 heures.

(Echo méd.)

NOTES DE PHARMACIE PRATIQUE

par J. W. LECOURE,

Professeur de matière médicale et de pharmacie

à l'École de pharmacie de Montréal.

Sous le titre de *Notes de Pharmacie Pratique*, nous publierons de temps en temps, de courtes observations sur l'art de formuler, sur les incompatibilités chimiques et pharmaceutiques, sur la pharmacologie et la pharmacotechnie.

Nous signalerons l'apparition des médicaments nouveaux et dénoncerons, à l'occasion, les faux "nouveaux médicaments", préparations trompeuses sinon frauduleuses et dont il existe un certain nombre.

Nous donnerons des formules choisies et des résumés tirés de la presse pharmaceutique. Enfin un miscellanée de bouts d'articles d'intérêt médico-pharmaceutique.

Nous répondrons aussi, dans la mesure de nos forces, aux questions que l'on voudra nous poser concernant les sujets de notre compétence. Ces questions devront être signées et adressées à J. E. W. Lecours, pharmacien, 370, rue Craig, Montréal.

Phosphate de créosote. — Réponse au docteur O. G. Le meilleur mode d'administration de ce médicament, est de le donner sous forme d'émulsion. La formule suivante donne de bons résultats.

Phosphate de créosote.....	1 drachme.
Poudre de gomme arabique.....	1 —
Eau.....	4 —
Sirop d'orange, pour faire.....	1 once.

Triturer le phosphate de créosote avec la gomme, ajouter l'eau et continuer la trituration, puis ajouter le sirop.

Sirop. — Réponse au docteur H. B.

Malgré la précaution que l'on put prendre, il arrive souvent que les sirops fermentent. Les sirops fermentés sont évidemment des sirops altérés, ayant perdu une partie de leur propriétés médicinales et qui doivent être rejetés.

On a proposé, pour éviter la fermentation des sirops et pour arriver à les conserver, plusieurs moyens.

Dans le cas qui nous occupe, (sirop diacode) je vous recommande d'ajouter un grain d'acide benzoïque pour chaque once de sirop.

Cette faible proportion d'acide benzoïque est souvent suffisante pour prévenir la décomposition des sirops qui fermentent facilement.

Réponse à Étudiant.

Pour l'expérience en question (recherche du sucre) employez au lieu du sucre de canne, une solution de miel ou de glucose. Le sucre de canne se réduit par la liqueur de Fehling. La fermentation alcoolique développée à l'aide de la levûre de bière, est un des moyens de dosage les plus certains. Il se vend à bon marché, de petits appareils pour faire ce genre de dosage.

Action des chlorures sur le calomel. — Beaucoup d'auteurs prétendent qu'il est dangereux d'administrer le calomel avec des substances salées, attendu qu'il se transforme partiellement en sublimé au contact du chlorure de sodium. D'autres sont d'un avis contraire.

D'après les expériences faites par M. Ottolenghi sur des animaux, on provoque des accidents plus rapides et plus intenses lorsqu'on administre le calomel en faisant boire ensuite de l'eau salée que lorsqu'on le fait absorber seul. Mais l'effet toxique doit-il être attribué à une décomposition du calomel? M. Ottolenghi ne le pense pas, attendu qu'il n'a pu produire *in vitro* cette transformation du calomel en sublimé, même en opérant à une température égale à celle du corps; d'autre part, les accidents toxiques causés par le calomel diffèrent de ceux que provoque le sublimé. M. Ottolenghi estime que le calomel, en présence des matières albuminoïdes, des chlorures et de l'acide chlorhydrique qu'il rencontre dans le tube digestif, devient plus soluble et plus absorbable; s'il provoque des accidents, ce n'est pas parce qu'il se transforme en sublimé, mais uniquement parce que son absorption en masse est rendue plus facile,

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la coxalgie par la mécano-thérapie, sans immobilisation au lit, par le Dr PAUL ARCHAMBAUD, de l'École française d'Orthopédie et Massage. — L'auteur décrit un nouveau mode de traitement de la coxalgie qui consiste à immobiliser les malades dans un appareil à sustentation générale permettant la marche.

Cet appareil, ne présentant pas d'articulation au niveau de la hanche ni du genou du côté atteint, empêche les surfaces articulaires de s'irriter par le frottement. Il permet en même temps de placer le bassin du malade dans une situation aussi rapprochée que possible de l'état normal.

Un massage général, insistant plus particulièrement sur les muscles de la jambe malade, empêche ceux-ci de s'atrophier jusqu'au moment où l'appareil est supprimé. On se garde bien, pendant tout le traitement, de masser ou de mobiliser l'articulation coxo-fémorale.

L'auteur apporte une statistique de 71 cas traités de la sorte, sur lesquels un seul décès s'est produit par méningites et sans qu'on puisse l'attribuer au traitement. (Paris, librairie de la *Revue Médicale*, 21, rue Cujas, Prix : 2 francs).

FORMULAIRE

Solution contre l'otorrhée chronique.

Iodure de potassium.....	15 grains.
Teinture d'iode.....	2½ drachme.
Alcool absolu.....	} aa 3½ —
Glycérine.....	
Iodoforme pulvérisée.....	15 grains.

F. S. A. — Injecter une certaine quantité de ce liquide dans le conduit auditif et la caisse du tympan.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

Lavement alimentaire.

Glycérophosphate de soude...	½ drachme.
Teinture de kola.....	2½ —
Jaune d'œufs.....	n° 2.
Peptone.....	1 once.
Malaga.....	2 —
Lait.....	12 —
Laudanum.....	5 gouttes.

(*Ibid.*)

Traitement des hémorrhagies internes par le chlorure de calcium.

M. Robin recommande la formule suivante, dans laquelle il associe le sirop d'opium au chlorure de calcium, procédé qui a l'avantage de diminuer considérablement l'action offensive du produit :

Chlorure de calcium.....	1 drachme.
Sirop d'opium.....	1 once.
Eau distillée de tilleul.....	4 —

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

(*Gaz. des hôp.*)

Travaux Originaux

CANCER DE L'ESTOMAC.

Clinique de M. le prof. RENDU (1)

Le malade qui fera le sujet de la présente leçon est un homme de 66 ans. Entré à Necker le 29 mars. Mort le 27 avril. Homme assez vigoureux, jamais malade. Il fut pris d'un éblouissement soudain, un mois avant son entrée à l'hôpital, sans perte de connaissance, mais il dû quitter son ouvrage, pour la reprendre le lendemain. A peu près un mois après, il eut un nouvel éblouissement aussi sans perte de connaissance.

C'est un homme très congestif, il se plaint de lourdeur de tête ; il n'a pas de vomissement, aucune paralysie quelconque.

Le vertige est d'une interprétation difficile ; son origine est un trouble de la circulation cérébrale.

On connaît le *vertige épileptique* : précédé d'aura, suivi de crise de convulsion, etc. Le *vertige lié à un trouble de l'oreille* : vertige de Ménière ; le *vertige stomacale*, qui survient sans troubles digestifs appréciables, pas de vomissements, pas ou peu de pesanteur d'estomac, un peu d'inappétence, seulement ce vertige se produit presque toujours après vacuité de l'estomac.

Après élimination on conclut à un vertige artérioscéléreux. Les artères étaient atéromateuses sans toutefois présenter la dureté du pouls artérioscéléreux. Le premier bruit du cœur est un peu mal frappé. Le second temps présente un bruit clangoreux qu'on rencontre chez les individus atteints d'hypertension artériel.

L'état des reins et leurs fonctions nous fait croire à de la néphrite intersticielle, on y trouve toujours une légère trace d'albumine, cependant pas de polyurie, ni de pollakiurie. La malade oublie les choses présentes ; un changement du caractère appréciable, s'est fait chez lui.

Etat des pupilles : Plutôt de la mydriase que de la contraction, paresse de contraction dans l'accommodation, autant de symptômes de valeur pour expliquer un trouble cérébral.

Pour résumer : vertige lié à de l'artérioscélérose, artères assez malades ; reins un peu néphritiques.

Le malade fait une sortie, revient, et le soir on constate un peu d'enflure aux jambes, avec diminution des urines et disparition de l'albumine.

La somnolence augmente et nous concluons à de l'urémie à forme lente : un peu de *théobromine* donne des urines abondantes.

Enfin apparaissent des vomissements : trois manières d'expliquer cet état, ou bien état plus avancé de la dégénérescence cérébrale, sous l'influence de l'artérioscélérose, ou bien méningite chronique, ou bien urémie, (le malade tousse un peu).

Etat cérébral : mydriase persistante, mais jamais ce malade ne s'était plaint de sa tête ; il passe facilement aux pleurs.

Urémie : inégalité des pupilles, en effet l'épanchement peut se développer dans certains endroits du cerdu rire veau, se localiser.

Méningite : s'accompagne ordinairement de constipation, de raideur de la nuque ; ce malade avait de la diarrhée, pas de raideur de la nuque.

Enfin surviennent des phénomènes qui jettent un nouveau jour :

1° *Purpura symétrique* sur le dos de la main : Ce signe indique presque toujours un état cachectique grave, ou un état infectieux. Quant on voit apparaître ce symptôme il faut chercher soit un cancer, soit de la tuberculose, soit de la gangrène pulmonaire restée latente, car ça existe.

2° Après survient une phlébite de la jambe droite. On trouve le long de la veine saphène interne, avec de la périphlébite interne, un gonflement diffus de toute la jambe.

Là encore l'apparition de la phlébite indique la pénétration dans le sang d'un germe infectieux au cours d'une maladie infectieuse, cachectique.

Si une phlébite apparaît sans raison au cours d'une maladie cachectique, il faut toujours rechercher le cancer.

Du côté de l'estomac : pas de sensibilité épigastrique pas de tumeur, de dureté, rien qui put faire soupçonner un cancer ; rien du côté des autres viscères. Le malade atteint de cancer souffre ordinairement de constipation opiniâtre.

L'idée de la tuberculose s'emblait vouloir s'imposer : tous les symptômes disparates que présentaient notre malade me portaient à croire à la tuberculose, car on peut avoir une infection tuberculeuse, sans fièvre, de même on peut avoir de la méningite sans indication bien prononcée. En général il faut chercher une seule cause pour expliquer les phénomènes que présente un malade.

Quelques jours après, apparaissent de nouvelles

(1) Notes recueillies à l'hôpital Necker, Paris, par M. le Dr W. J. Derome.

phlébites au bras droit remontant jusqu'à l'aisselle : enfin survient une paralysie de l'intestin, avec ballonnement du ventre, tympanisme, douleur. Ce malade enfin se lève la nuit et se remettant au lit, meurt subitement.

L'autopsie a démontré que l'hypothèse de cancer rejetée pour celle de la tuberculose était la bonne. On trouve un gros cancer de l'estomac occupant la partie sous-diaphragmatique, par conséquent impalpable en avant.

Reins : petits, granuleux, kystiques, adhérence de la capsule.

Cœur : classique du cœur rénal, hypertrophie du cœur gauche avec hypertrophie concomitante du cœur droit.

Cerveau : artères sclérosées, mais pas d'hémorragie.

Méninges : méningite chronique, diffuse, fibreuse, avec augmentation du liquide dans les ventricules.

Roumons : aucun signe de tuberculose. Au sommet du poumon droit, noyau de pneumonie suppurée, due à une embolie d'une branche de l'artère pulmonaire.

Nous aurions dû rejeter l'urémie, puisque les pupilles sont toujours contractés, jamais dilatées. Nous aurions dû rejeter la méningite chronique, puisque les pupilles sont plutôt dilatées que contractées.

On peut confondre le cancer et la néphrite à cause des symptômes gastriques qui se rencontrent dans les deux maladies.

Mais enfin comment expliquer la mort subite de notre malade ?

Sa mort subite peut s'expliquer par une embolie, quoiqu'on ne l'ait pas trouvée. Ordinairement la mort par le cerveau ne se fait pas d'une manière aussi rapide.

Il n'est pas toujours facile de dépister le cancer. Les quelques considérations que je me permettrai avant de terminer, vous feront voir quelques-unes des difficultés, contre lesquelles on peut facilement bûter.

1° *Cancer latent*. — La première catégorie de malades se présente avec perte de forces sans phénomènes dyspeptiques, léger amaigrissement, la maladie évolue sournoisement jusqu'à la fin ; souvent la maladie se juge par une hématomérose foudroyante.

2° Le malade se montre avec un anasarque causée par cancer profond.

D'autre fois c'est de l'ascite que l'on confond alors avec celle de la cirrhose ou de la péritonite tuberculeuse.

3° Quelques fois ce sont des troubles pulmonaires qui masquent un cancer de l'estomac. La toux est constante, on a de la pleurésie par propagation.

4° Symptômes cardiaques : œdème des jambes, etc. viennent compliquer le diagnostic. Cependant si on a affaire à un patient cachectique, avec œdème des jambes, sans explication raisonnable, on est en droit de penser au cancer.

Revue des journaux

MEDECINE

De l'albuminurie orthostatique.

par M. le Dr J. VIRE. (Th. de Lyon.)

Il existe une forme d'albuminurie dont la seule condition nécessaire et suffisante est la station debout.

Elle n'apparaît que chez des jeunes gens en apparence bien portants; elle n'est influencée ni par le régime ni par la fatigue, ni par la diète lactée. Elle n'est accompagnée d'aucun des troubles fonctionnels de l'albuminurie brightique.

La découverte en est fortuite et se fait par l'analyse méthodique des urines. La station debout immobile fait apparaître l'albumine à la première émission d'urine. La position horizontale la fait disparaître. L'albuminurie peut persister chez quelques sujets pendant la marche, mais celle-ci ne suffit pas ordinairement à la provoquer. Dans tous les cas, il n'y a jamais de troubles fonctionnels des autres organes pouvant expliquer la présence de cette albuminurie.

Au contraire, l'existence constante d'autres troubles vaso-moteurs, tels que la cyanose des extrémités ou le rhume des foies semble bien prouver l'origine nerveuse de ce phénomène.

L'examen urologique révèle un phénomène fluxionnaire avec catarrhe des voies urinaires par la présence de nucléo-albumine et de mucus dans les urines.

La quantité, la couleur et la densité des urines sont à peu près normales, cependant les urines seraient plutôt riches en sels (urates, phosphates et oxalates).

L'albuminurie est toujours en petite quantité, elle ne dépasse jamais un gramme. Il n'y a ni peptones ni albumine. La globuline est rare.

L'albumine de choix est la sérine, ce qui prouve bien l'origine rénale du processus.

Le diagnostic positif est très simple ; il suffit d'y songer pour le faire. Le diagnostic différentiel est facile aussi : les albuminuries brightiques, celles d'origine cardiaque, digestive, l'albuminurie tuberculeuse, la maladie de Pavy et enfin les albuminuries de fatigue s'en différencient nettement.

Mais il peut exister des cas mixtes où le diagnostic exact devient très difficile.

Le pronostic est essentiellement bénin et la guérison est souvent spontanée. Elle coïncide toujours avec une augmentation de poids. Jamais, même après une observation de plusieurs années, on n'a pu signaler une aggravation des symptômes et transformation de cette albuminurie intermittente en mal de Bright. C'est donc une forme d'albuminurie sans gravité et essentiellement curable. Il en résulte une réponse favorable aux questions importantes du mariage, du service militaire, de l'assurance sur la vie.

L'albuminurie orthostatique survient aussi souvent chez les jeunes filles que chez les jeunes gens. Ce sont des adolescents névropathes ou légèrement anémiques présentant souvent une hérédité nerveuse ou diathésique. Ils accusent personnellement, soit des éléments de débilitation générale, soit des causes de méiopragie rénale et toujours une sensibilité exagérée de leur système vasculaire.

L'albuminurie orthostatique représente donc un syndrome clinique qui peut se rencontrer dans différents états physiologiques et pathologiques. Les causes de névropathie, de dyscrasie sanguine, de méiopragie rénale, les troubles vasculaires sont autant de causes prédisposantes ; mais seule, la station debout fait apparaître l'albumine.

Cette albuminurie orthostatique semble due à une fluxion congestive des reins chez les prédisposés. Elle ne représente qu'un simple trouble vaso-moteur de la circulation rénale. Elle peut être comparée à la cyanose des extrémités qui coexiste souvent avec elle et peut être provoquée par les mêmes éléments étiologiques.

Le traitement sera surtout hygiénique, fortifiant et antinerveux. Le régime lacté absolu sera complètement proscrit.

(*Indep. méd.*)

Les albuminuries intermittentes des jeunes sujets et leur traitement.

On connaît les albuminuries *intermittentes* des enfants, ces albuminuries qui apparaissent presque quotidiennement pendant une fraction de temps de la journée, se distinguant ainsi des albuminuries *continues*, qui se présentent le jour comme la nuit, et des albuminuries *accidentelles* qui n'apparaissent qu'une fois par hasard et qu'on ne peut retrouver ensuite.

Dans une excellente et toute récente étude M. H. Gillet vient d'attirer l'attention sur quelques points caractéristiques de cette affection et de donner des renseignements utiles sur la façon d'en conduire le traitement.

M. Gillet insiste tout d'abord sur la *nécessité absolue de l'examen fractionné systématiquement de l'urine*. L'exa-

men des urines de la matinée, de la journée, de la soirée, de la nuit, permet seul de ne pas passer à côté d'une albuminurie intermittente. C'est ainsi que l'on peut voir dans certains cas une certaine fixité dans l'heure de l'apparition de l'albuminurie d'où la dénomination de cyclique.

S'il règne encore une certaine obscurité sur l'état physiologique et anatomique du rein dans ces albuminuries il semble cependant quelles rentrent toutes, quelle que soit leur étiologie, dans un cadre urologique commun, que l'albuminurie ne représente qu'un épisode du cycle suivant :

Cycle	{	<i>Crise minérale....</i>	{	Excès de carbonates { isolés ou
				Excès de phosphates { associés.
	{	<i>Crise chromogène.</i>	{	Excès d'uro-érythrine.
				UROBILINE.
		{	Indican.	
		<i>Crise albuminurique.</i>		
		{	<i>Crise azotée.....</i>	Excès d'acide urique.
	Excès d'urée.			

L'albuminurie n'est pas la plus constante du cycle, elle peut même manquer alors que la crise chromogène et surtout l'urobiline font rarement défaut.

Notons l'influence très manifeste de la position debout et surtout de la marche sur sa production. Le décubitus la fait au contraire disparaître, d'où la rareté de l'albuminurie intermittente nocturne, et les mouvements des membres inférieurs semblables à ceux de la marche, au lit, ne la font pas reparaitre.

On a noté du côté des urines la présence du mucus, de l'oxalurie (Pavy), de la phosphaturie (A. Robin), un aspect grasseux, une odeur de putréfaction et surtout de la *diminution du taux de l'urée*.

Les *symptômes cliniques* sont souvent vagues. Ou bien l'albuminurie constitue une surprise au milieu d'un état de santé satisfaisant.

Ou bien on voit des troubles fonctionnels vagues (nervosisme, dyspepsie).

Dans une troisième variété enfin on observe des troubles rappelant ceux des néphrites (céphalée, œdèmes, douleurs lombaires, bouffées de chaleur).

Dans l'*étiologie*, on note l'hérédité dans certains cas, mais d'une façon presque constante l'infection ou l'intoxication.

Ces albuminuries sont souvent d'une *durée* très longue, mais ici comme pour le *pronostic* on ne peut rien préciser.

Car il y a des albuminuries intermittentes et non une albuminurie intermittente. Les notions étiologiques l'état du malade permettront seuls de porter ce pronostic.

Le *traitement* sera guidé par un certain nombre de considérations.

" Dans l'albuminurie intermittente, dit M. Gillet, il faut voir au delà du symptôme rénal, au delà surtout du seul symptôme albuminurie.

Il faut voir du côté du trouble parfois profond de la nutrition générale, du côté du foie et du tube digestif du système nerveux et circulatoire.

Du côté du foie et du tube digestif, nous y invitent l'urobilinurie, l'indicanurie, la toxicité urinaire augmentée, l'abaissement du chiffre de l'urée, du coefficient azoturique.

Du côté du système circulatoire et du système nerveux, le ralentissement du pouls, l'abaissement de la pression.

L'organisme de l'albuminurie intermittent est en état d'hyponutrition, de nutrition pervertie.

Le traitement sera surtout hygiénique.

1° *Hygiène alimentaire.* — Le régime lacté absolu semble ne pas convenir. On gardera le lait dans le régime mixte, mais on lui adjoindra les légumes, surtout farineux, les fruits cuits. On ne permettra qu'un usage excessivement modéré de viande grillée bien fraîche.

Suppression de toute boisson, alcoolique.

2° *Hygiène générale.* — On mettra en œuvre tout ce qui peut activer la nutrition, hydrothérapie, selon les cas, cure d'air, cure hydro-minérale, Saint-Nectaire en particulier. Pas de fatigues intellectuelles ni corporelles.

Frictions stimulantes, massage.

3° *Traitement proprement dit.* — L'action inhibitrice de la position horizontale la fait prescrire comme moyen curatif. Il y a quelques guérisons à son actif.

J'ai échoué, ajoute M. Gillet, après six mois chez une fillette de dix ans, malgré un séjour au lit absolu.

En tous cas, les albuminuriques intermittents doivent rester debout le moins possible.

Il faut veiller aux fonctions intestinales.

On peut ajouter des révulsifs sur la région lombaire ; comme médicaments, les tanniques, le perchlorure de fer peut-être, quoique je n'aie pas eu de résultat, l'opothérapie, soit hépatique, soit rénale, cette dernière surtout et avec des extraits tirés d'organes très jeunes.

En résumé, on s'est trop attaché, dans l'étude des albuminuries intermittentes, au syndrome albuminurie ; on a trop négligé l'état général du sujet.

L'albuminurie ne présente qu'un épiphénomène dont le déterminisme appartient aux conditions spéciales du moment dans le système nerveux et surtout circulatoire, mais le tout, commandé par une susceptibilité spéciale du rein, dérive lui-même de l'infection ou de l'intoxication antérieure ou concomitante.

Gaz. des hôp.)

CHIRURGIE

Un cas d'ankylose du genou.

par M. le prof. TILLAUX.

Je vais m'occuper aujourd'hui d'une jeune femme

atteinte d'une affection du genou droit. C'est vous dire que, comme toutes les maladies du genou, cela présente un intérêt considérable. Les maladies du genou sont communes, fréquentes, et vous aurez souvent à intervenir dans des cas semblables à celui que je vais vous rapporter.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans qui, il y a quinze mois, étant enceinte de trois mois, présentait des phénomènes de vaginite, elle eut des écoulements et souffrait en urinant. A la suite de cette vaginite, à la même époque de la grossesse, elle fut prise brusquement de douleurs violentes dans le genou droit ; elle fit venir un confrère qui lui administra du salicylate de soude, et qui lui fit des applications de salicylate de méthyle ; cela ne donna aucun résultat. Ici une parenthèse. Ne vous attardez pas dans le cas d'arthrite aiguë, surtout du genou, au traitement médical, immobilisez la jointure le plus tôt possible : cela soulagera considérablement. C'est ce qu'on fit quand on vit que les moyens employés n'avaient rien produit, on immobilisa donc pendant trois mois le genou de la malade dans une gouttière d'abord, puis dans un appareil plâtré. Au bout de trois mois, on regarda : la jeune femme ne souffrait plus, alors on fit de la mobilisation et du massage. On a donc fait un traitement correct ; on aurait pu, il est vrai, regarder un peu plus tôt le genou, mais enfin, on avait fait un traitement correct.

Ce traitement a eu un bon résultat puisque la malade était arrivée à plier le genou à angle droit. Inutile de dire qu'elle était accouchée pendant qu'elle avait son appareil inamovible ; elle était accouchée à sept mois. Elle allait donc bien, lorsque au bout de deux mois, elle fut prise de douleurs au ventre. De quoi s'agissait-il ? Peut m'importe d'ailleurs. On la remit au lit, et on ne s'occupait plus de son genou. Deux mois après, guérie du ventre, elle voulut se lever, mais son genou était redevenu raide, impossible de s'en servir : c'est ce qui l'amène à l'hôpital.

Messieurs, il y a une première question que je voudrais poser. A quel moment, dans une arthrite de genou ou une arthrite aiguë d'un membre quelconque, faut-il substituer la mobilisation et le massage à l'immobilisation ? Vous aurez à lutter quelquefois contre la famille qui craindra l'ankylose si vous lui paraissez prolonger trop l'immobilisation. Il y a donc un moment psychologique assez difficile à constater, pour savoir quand on doit substituer la mobilisation à l'immobilisation. Théoriquement, c'est lorsque l'arthrite est guérie. Mais comment le sait-on ? Sachez en pratique que pour une arthrite blennorrhagique, il faut au moins six semaines pour mobiliser. C'est alors qu'il faut examiner l'articulation. Lors donc qu'à ce moment, vous chercherez à mobiliser l'articulation, ne soyez pas surpris, le malade poussera un cri, c'est fatal, et vous pourrez être induit à penser que ce n'est pas encore guéri. Mais voici le critérium qui doit vous guider : Il faut d'abord qu'il n'y

ait plus ni gonflement, ni épanchement, ni douleur spontanée, il faut que la douleur provoquée par le mouvement disparaisse avec le mouvement lui-même ou à peu près ; si, par exemple, un quart d'heure après le mouvement, le malade ne souffre plus, c'est bien, on est en droit de dire : "ce n'est pas le mouvement qui a déterminé la douleur, c'est l'effort de distension qui l'a produite.

Votre malade a donc une ankylose consécutive à une arthrite blennorrhagique, cette arthrite a été classée par Gosselin sous le terme d'arthrite ankylosante. Qu'est-ce que l'ankylose ? Étymologiquement *Ankulos* veut dire angle, courbure, d'où primitivement cela signifiait un membre fixé dans une attitude vicieuse. Certainement l'ankylose répond quelquefois à ce sens, mais nous l'avons beaucoup étendue en disant : l'ankylose est une affection caractérisée par une raideur articulaire, tenant à une lésion des surfaces articulaires, avec ou sans courbure, et non par une raideur due par exemple à la contracture d'un muscle immobilisant l'articulation.

Les ankyloses des articulations en général, et plus particulièrement celles du genou, peuvent être divisées en : ankylose complète et ankylose incomplète.

Eh bien, la première question à se poser quand on est en présence d'une ankylose du genou, c'est celle-ci : est-elle complète ou incomplète ? Il faut chercher s'il y a encore un très léger mouvement dans l'articulation, mais c'est quelquefois difficile car le mouvement peut être très léger ; il faut donc y regarder de très près. L'ankylose est complète quand il n'y pas l'ombre d'un mouvement, dans l'articulation ; si petit que soit le mouvement, l'ankylose est incomplète et cela change absolument votre mode d'intervention.

Supposons que l'ankylose soit complète, il faut encore se demander si elle est fibreuse ou osseuse, il faut chercher cela et c'est encore difficile dans certains cas. La durée y est toujours pour quelque chose ; toutefois si vous avez la main un peu expérimentée, vous éprouverez, dans la manière dont se comportera le membre que vous chercherez à mobiliser, dans la résistance qu'il opposera, une sensation que je ne saurais décrire, vous aurez dans la main ce quelque chose qui vous indiquera ce que vous cherchez, il y a une fusion plus complète une continuité plus complète entre les segments osseux qui vous feront penser à une ankylose complète osseuse, c'est là, je le répète, une question de sensation.

Il y aura une autre distinction à faire dans le cas d'ankylose complète, c'est la distinction entre l'ankylose rectiligne et l'ankylose angulaire. Notre jeune femme a heureusement une ankylose rectiligne. Le traitement varie suivant les deux cas qui s'observent tous deux.

Je passe au traitement. D'abord traitement de l'ankylose complète rectiligne. C'est alors qu'il faut avoir bien fait votre diagnostic. L'ankylose résulte-t-elle d'une arthrite tuberculeuse, rhumatismale, ostéomyélique, traumatique, puerpérale, blennorrhagique ? Il faut rechercher la cause. Si l'ankylose est due à une tumeur

blanche guérie, et dans ce cas elle sera établie au bout de un, deux, trois ans, dans les autres cas elle s'établit plus rapidement, si, dis-je, l'ankylose est d'origine tuberculeuse, gardez-vous d'y toucher. Vous serez sollicités, vous serez pressés d'intervenir, surtout s'il s'agit d'une jeune fille qui vous priera de mobiliser son genou, qui vous dira : "Je suis infirme, faites quelque chose." Ne cédez pas, même quand l'ankylose est incomplète, et cela pour la bonne raison suivante : c'est qu'on doit être trop heureux de voir une tuberculose du genou guérie par ankylose, c'est un trop beau résultat pour qu'on se permette de le compromettre.

Mais s'il s'agit d'une arthrite d'une autre nature ayant déterminé une ankylose complète, alors c'est embarrassant. Devez-vous conseiller une opération pour ramener le mouvement dans cette jointure ? Mon opinion personnelle, c'est qu'il ne faut pas. Mais c'est une pratique qui ne doit pas être générale. S'il s'agit d'une ankylose complète et rectiligne, il ne faut pas rechercher le mouvement qu'on ne pourra obtenir que par une résection orthopédique. J'ai été souvent sollicité d'intervenir et j'ai résisté. Dans le cas précédent, c'est à-dire dans le cas de tuberculose, il ne faut pas intervenir quoi qu'il vous en coûte, mais dans les autres cas, dans les cas actuels, j'admets que le chirurgien puisse faire l'opération si le malade, dûment averti, ainsi que la famille y consentent ; mais sachez que, quelques précautions que vous preniez, même si vous mobilisez au bout de quelques jours après l'opération, il est impossible d'être sûr que l'ankylose ne reviendra pas ; j'ai observé des cas de ce genre, j'ai fait la mobilisation immédiatement après l'opération, et malgré moi, l'ankylose est revenue peu à peu quoi que je fasse, en sorte que l'opération avait été inutile.

(L'Ind. méd.)

Arthrites métatarso-phalangiennes du gros orteil.

par M. DONNET. (Th. de Bordeaux.)

De toutes les arthrites de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, l'arthrite goutteuse est la seule nous dit M. Donnet, qui présente des signes pathognomoniques.

Le tableau clinique des autres arthrites est à peu de chose près le même pour toutes : absence de troubles prémonitoires, intensité variable de la douleur, qui n'atteint cependant jamais celle de la goutte, absence de modifications de la peau enflammée, peu de gravité et même absence de phénomènes généraux et de complications viscérales, influence du traumatisme ou de la fatigue.

Pour les reconnaître entr'elles, on devra penser aux signes suivants :

L'arthrite rhumatismale cède rapidement au salyci-

late de soude et ne s'accompagne jamais de tophus, ni des manifestations viscérales de la goutte.

Les arthrites pseudo-rhumatismales ne sont pas amendées par le traitement salicylé et seront distinguées entre elles grâce aux anamnétiques qui permettront de reconnaître la cause infectieuse : blennorrhagie, syphilis tuberculeuse, etc.

L'analyse des urines, qui est ici indispensable, permettra de déceler l'arthrite albuminurique ou encore l'arthrite diabétique. Cet examen fera instituer un traitement général dont l'importance sera plus considérable que celle du traitement local.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Traitement des rétroversions.

par A. MASSY.

1° Dans les rétrodéviations utérines, la congestion pelvienne chronique et les œdèmes sont la cause primordiale des douleurs et de l'impotence. La déviation en elle-même, n'est qu'un facteur secondaire.

2° Il ne faut jamais chercher à réduire de force un utérus.

3° La réduction temporaire ou permanente qu'il est préférable d'obtenir n'est pas nécessaire pour arriver à la guérison, si nous entendons par guérison, le retour des malades à la vie active, et la disparition de tous les symptômes de l'affection.

4° La guérison est obtenue surtout par la mobilisation de l'utérus consécutive à la décongestion pelvienne qui entraîne résorption des divers œdèmes.

6° La kinésithérapie (massage et gymnastique) permet d'obtenir ces résultats.

6° La kinésithérapie provoquant le réflexe dynamogénique, relève rapidement l'état général.

7° La kinésithérapie permet aux malades de ne pas suspendre leurs occupations pendant le cours du traitement.

8° Pour ces raisons, la kinésithérapie est le traitement de choix des rétrodéviations utérines.

(Revue de cinésie et d'élec.)

A propos du massage en gynécologie

par R. OLSHAUSEN.

Le massage est sans doute un excellent moyen thérapeutique qui, en gynécologie, peut rendre des services. Il faudrait pourtant bien se dire que ces services sont assez limités et que le massage n'est pas applicable à toutes les affections gynécologiques, comme on est trop

tenté de le croire aujourd'hui sur la foi de certains auteurs.

Pour Olshausen, le massage n'est vraiment indiqué et efficace que dans les exsudats paramétritiques, c'est-à-dire dans les reliquats de processus inflammatoires qui ont leur siège dans le tissu cellulaire pelvien ; encore ne faut-il pas l'instituer trop tôt et attendre que la nature elle-même ait réduit au minimum les hyperplasies conjonctives, résultat de l'inflammation. C'est dire qu'il faudra patienter des mois et même des années avant de recourir au massage. Mais alors celui-ci aura des résultats parfois surprenants, amenant rapidement la fonte de scléroses qu'on pouvait croire définitives. Il est bien entendu que le massage sera toujours conduit avec douceur et prudence, et qu'il ne faudra jamais s'attaquer qu'aux régions directement accessibles aux doigts.

Quant à ce qui concerne les affections de l'utérus et de ses annexes proprement dites, aucune de ces affections n'est justiciable du massage. Il n'est pas possible de prétendre que jamais une déviation quelconque ou un prolapsus mobile de l'utérus aient été guéris par ce moyen. Sans doute quelques déviations fixes peuvent retirer un grand bénéfice de certaines manœuvres digitales par le palper et le toucher combinés, mais il ne faut pas confondre ces déchirures d'adhérences avec le massage proprement dit. Les endométrites, les métrites chroniques hyperplasiques échappent également à cette méthode thérapeutique : c'est à la cause de ces lésions (infections, myomes sous muqueux, etc.) qu'il faut s'attaquer bien plus qu'aux lésions elles-mêmes. Que dire du massage dans les maladies des annexes ? Il n'est pas seulement inutile, il est presque toujours dangereux (hémorragies internes, ruptures de pyosalpinx, etc.). Seuls certains hydrosalpinx intermittents, c'est-à-dire qui se vident spontanément, par intervalles, dans l'utérus, peuvent bénéficier d'un massage prudent dont l'unique but sera de provoquer le plus souvent possible l'évacuation de la poche kystique. Quant aux hématoécèles, qu'on a voulu également rendre justiciables du massage, ou elles sont volumineuses, et alors il faut bien se garder d'y toucher ou elles sont petites, et alors il vaut mieux abandonner à la nature le soin d'amener leur résorption.

En somme, le massage gynécologique n'a que des indications très restreintes, et il serait puéril et coupable de l'étendre à toutes les affections utéro-annexielles, ainsi que le préchent dans leurs livres les grands-maîtres de l'art.

(Centralbt. f. Gynak. — Méd. orient.)

La suppuration des fibromyomes utérins.

par M. GUÉRY (Th. Paris).

D'après M. Guéry, la suppuration des fibromyomes de l'utérus a pour causes prédisposantes les diverses dégénérescences des fibromes (surtout la dégénérescence

œdémateuse et calcaire) et les modifications de nutrition produisant l'ischémie et la nécrose. Mais la grossesse, par les complications que le fibrome et l'utérus gravide sont susceptibles de produire l'un sur l'autre par une aggravation réciproque, est la cause prédisposante la plus importante.

La cause déterminante est, soit un traumatisme septique direct, soit, plus souvent, un processus infectieux parti de la cavité et de la muqueuse utérines et gagnant le fibrome par la voie lymphatique ou sanguine.

La suppuration des fibromes interstitiels et sous-péritonéaux se manifeste généralement par l'augmentation rapide du volume de la tumeur, son ramollissement, la douleur spontanée et provoquée à son niveau, la fièvre et quelquefois l'écoulement de pus par l'orifice utérin.

Le pronostic des suppurations des fibromes est grave, par les complications qui peuvent se produire avant toute intervention chirurgicale et aussi au point de vue des interventions, car on doit opérer souvent sur un malade en état de septicémie, et enlever une tumeur le plus souvent compliquée d'adhérences.

Le traitement, une fois la suppuration produite, comprend :

Pour les fibromes interstitiels sous-péritonéaux, et même pour les fibromes polypeux restés intra-utérins, l'hystérectomie abdominale subtotale, avec fermeture soignée du moignon de col utérin ;

Pour les fibromes sous-muqueux, polypeux, ayant déjà gagné la cavité vaginale, il vaut mieux enlever d'abord par la voie vaginale, dans une première opération, toute la masse sphacélée, désinfecter soigneusement la cavité vagino-utérine, et enlever (dans une deuxième opération, si c'est nécessaire) la masse restante, par une hystérectomie soit abdominale, soit vaginale, suivant le volume de cette masse.

Enfin, pendant la grossesse, on peut être appelé à faire, suivant les cas, soit la myomectomie, soit l'hystérectomie abdominale après avortement spontané ; soit l'hystérectomie abdominale, après avoir provoqué l'accouchement prématuré, si l'enfant est vivant ; soit enfin l'opération de Porro.

(Ibid)

Hémorragies utérines. Indications et contre-indications de leur traitement électrique ; action excito-motrice de l'électricité

par M. ZIMMERN.

La thèse de M. Zimmern est un excellent travail d'électrothérapie gynécologique dont les conclusions sont les suivantes :

1° Dans les hémorragies utérines dues à la rétention septiques, le curettage est indiqué d'une façon absolue ;

2° Dans les hémorragies dues à l'endométrite récente :

A. La galvano-caustique doit être préférée au curettage, parce que : a) elle ne nécessite pas l'anesthésie ; b) elle n'impose pas le repos ; c) la récurrence est rare.

B. La galvano caustique peut être préférée aux caustiques parce que : a) elle est plus aisément localisable, peut-être moins dangereuse, et permet d'éviter la cautérisation du col ; b) elle possède une action trophique, qui s'exerce sur la fibre musculaire, favorisant ainsi sa contractilité et régularisant par conséquent l'apport sanguin ;

3° Dans les formes d'endométrite anciennes, fongueuses, polypeuses, la galvano-caustique doit céder le pas au curettage.

4° Dans les hémorragies dues à la subinvolution aseptique, le curettage et les caustiques doivent être bannis. La galvanisation, au contraire, par son action excito-motrice, devient ici le traitement de choix ;

5° Dans les hémorragies du fibrome, l'électrisation est le traitement palliatif le plus efficace (70 à 80 p. 100 des cas ;

6° Dans les hémorragies qu'on rencontre au cours des affections génitales de nature congestive, et où le curettage et la cautérisation sont plutôt nuisibles, l'électricité sous forme de faradisation ou de galvanisation est utile ;

7° Lorsqu'il existe des lésions annexielles aiguës, subaiguës ou purulentes, les méthodes galvaniques sont contre-indiquées.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

THERAPEUTIQUE

Traitement des oxyures.

Il est quelquefois bien difficile de débarrasser les enfants atteints d'oxyures, M. le Dr Deguy, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, donne à ce sujet les indications suivantes :

Il faut, pour arriver à un bon résultat, un double traitement : général de tout l'intestin, et local du rectum. La manière la plus simple et la plus sûre est la suivante : purger d'abord l'enfant avec une dose de calomel en rapport avec son âge, et le mettre au régime lacté. Ce traitement prémonitoire de 24 heures, débarrasse déjà complètement l'intestin des matières fécales et favorisera l'action des médicaments vermifuges qui pourront atteindre plus facilement le parasite.

Pendant les deux jours qui suivront, on administrera de la santonine ou du semen-contra.

Santonine..... 0 gr. 05

Pour un paquet, le matin à jeun, ou bien :

Semen-contra..... 3 gr.

Faire infuser dans 100 grammes d'eau bouillante et

ajouter 20 grammes de sirop de mousse de Corse.

Ce simple traitement de 3 jours aura presque à coup sûr débarrassé l'intestin du parasite ; mais celui-ci, les femelles principalement, seront encore dans le rectum qui est leur habitat de prédilection et où les vermifuges les atteignent difficilement. Aussi il convient à ce moment de faire un traitement local qui les détruira et débarrassera l'enfant. Pour cela, on a recours soit à des suppositoires selon une des formules :

Calomel..... 0 gr. 10
Beurre de cacao..... 2 gr.

ou

Onguent mercuriel double..... 0 gr. 10
Beurre de cacao..... 2 gr.

soit à des pommades introduites aussi profondément que possible dans l'anus avec le doigt, selon une des formules suivantes :

I. Calomel 3 gr.
Vaseline..... 30 gr.

ou

II. Oxyde jaune de mercure..... 0 gr. 30
Vaseline..... } à 15 gr.
Lanoline..... }

La méthode des lavements paraît à M. Deguy de beaucoup préférable. En voici quelques formules empruntées à M. Comby ?

I. Tanaisie..... 2 gr.
Infuser dans eau..... 300 gr.
Ajouter glycérine..... 20 gr.

II. Menthol..... 0 gr. 25
Huile..... 60 gr.

III. Santonine..... 0 gr. 50
Infuser dans eau..... 150 gr.

Pour sa part, il préfère le lavement au nitrate d'argent employé ainsi : faire d'abord un lavement évacuateur pour débarrasser l'ampoule rectale des matières fécales, puis ensuite donner un lavement de nitrate d'argent au 2/100 que l'on laissera 5 minutes environ, et enfin neutraliser l'excès de nitrate d'argent par injection rectale d'eau salée.

Il est exceptionnel que ce traitement échoue, mais il demande 4 jours.

(Journ. de méd. et de chir. prat. — Gaz. heb. méd. chir.)

HYGIÈNE

Hygiène de l'oreille.

par LERMOYEZ.

A) Chez le nourrisson. Combattre le préjugé que la perforation du tympan fait perdre l'ouïe, ce qui souvent a fait refuser une paracentèse qui aurait prévenu une

méningite. — Que le conduit auditif soit, à la naissance, débarrassé du vernix caseosa ; que dans l'eau du bain quotidien les oreilles ne plongent pas. Eviter la pénétration du lait. — Contre la tendance à l'intertrigo, lavage à l'eau boriquée chaude, sécher avec la ouate hydrophile poudrer avec le talc. Ni amidon ni lycopode qui fermentent. — A l'hygiène de l'oreille moyenne se rattachent les règles suivantes : éviter les mouvements brusques, les refroidissements ; surveiller le nez ; c'est par lui que la caisse s'aère, donc s'infecte. Que l'eau du bain ne pénètre pas plus dans la cavité nasale que dans l'oreille. Pas de baiser bruyant sur l'oreille, surtout de baiser faisant le vide. — L'hygiène de l'oreille interne commence après 3 mois : pas d'excitation sonore, de battements de mains trop rapprochés, de cris ; éviter les lieux bruyants, les foires, les gares.

B) Chez l'enfant. Supprimer les punitions de l'oreille. Pas plus de gifles, qui propulsent l'air dans le conduit, que de baisers qui l'y raréfient. Plus de percées d'oreilles. La toilette de l'oreille ne doit être faite qu'avec un peu d'ouate hydrophile enroulée sur le bout d'une allumette. — L'hygiène de l'oreille moyenne c'est encore celle du nez, de la bouche. *Bouche béante, surdité probable.* Ne pas moucher un enfant en lui fermant hermétiquement les deux narines et lui disant de souffler fort ; mais le moucher à la paysanne, en ne fermant qu'une narine et faisant souffler par l'autre. Préférer contre le coryza (menaçant pour l'oreille) à la vaseline boriquée, à l'injection boriquée, l'huile d'olive mentholée à 1 : 50 ; en verser trois fois par jour quelques gouttes dans chaque narine de l'enfant étendu sur le dos. Mais, surtout, ne pas méconnaître l'adénoïdisme nasopharyngé à traiter chirurgicalement. Soins de la bouche, examen au spéculum de l'oreille important pendant et après les fièvres éruptives. — Ne pas oublier que l'helminthiase peut, par action réflexe, produire une surdité nerveuse.

C) Chez l'adulte. Ne rien s'introduire dans l'oreille, même lorsqu'on a mal aux dents, du coton même antiseptique. Cette prohibition n'est levée que dans les cas de perforation sèche du tympan ou d'affection labyrinthique, pour amortir les vibrations produites par des bruits violents. — Celui dont l'oreille moyenne est menacée ou atteinte doit pratiquer tous les soins possibles de la bouche, du nez, éviter le froid aux pieds, s'abstenir de priser et de fumer. Qui a le tympan perforé ne doit prendre de bain froid de rivière qu'après obturation hermétique du conduit auditif avec un tampon de coton huilé ou un bouchon de cire molle. Sont interdites les professions exposant aux changements brusques de pression atmosphérique et au froid humide. — Les affections de l'oreille interne interdisent les professions bruyantes. Existence des surdités saturnine, alcoolique ; il en existe même une par surmenage intellectuel. — L'auteur insiste, dans un dernier article, sur l'importance extrême qu'il y a à surveiller l'audition chez le nourrisson, l'enfant, l'adolescent. (Sem. méd. — Lyon méd.)

MALADIES VENERIENNES

Abolition des reflexes pupillaires dans la syphilis

(Soc. méd. hôp.)

MM. Babinski et Charpentier présentent quatre malades atteints de *syphilis*, chez lesquels il y a *abolition complète des reflexes pupillaires*; ils insistent surtout sur les rapports qui peuvent exister entre l'infection syphilitique et cette manifestation. C'est là une question grosse d'intérêt pratique, car le traitement spécifique appliqué très tôt dans les cas de ce genre pourrait peut-être supprimer la possibilité des accidents nerveux ultérieurs. Ce n'est pas la première fois que les auteurs attirent l'attention sur cette question. Déjà, en 1899, ils avaient cherché à établir que l'abolition des reflexes des pupilles et surtout du reflexe à la lumière, quand elle est permanente, qu'elle est l'expression d'une lésion limitée à l'appareil des reflexes pupillaires, c'est-à-dire qu'elle n'est liée à aucune altération du globe oculaire ou du nerf optique et n'est pas associée à une paralysie de la troisième paire, constitue un signe de syphilis acquise ou héréditaire, presque, sinon tout à fait pathognomonique. Chez les quatre malades présentés, on trouve des antécédents très nets de syphilis acquise, en même temps que le signe de Robertson existe d'une façon très manifeste. Ce signe n'apportant aucun trouble dans la vision doit être recherché systématiquement chez tout individu suspect; il indique que le système nerveux central est atteint de syphilis, que le sujet est candidat, soit au tabes soit à la paralysie générale, soit à la syphilis cérébro-spinale.

(Gaz. des hôp.)

PEDIATRIE

Accidents provoqués chez le nourrisson au sein par l'alcool qu'absorbe sa nourrice. Regime de la nourrice pour les boissons.

par M. ÉT. GUÉNOT.

On connaît les liens étroits qui unissent le nourrisson à sa nourrice. Si, pour une cause quelconque, la santé de la nourrice vient à être altérée, son lait subit des modifications, et il se produit une répercussion sur la santé de l'enfant.

La santé de la nourrice n'a même pas besoin d'être altérée, *tout au moins d'une façon sensible*, pour que le nourrisson éprouve des accidents: ainsi, qu'une nourrice absorbe chaque jour ou une fois par hasard une certaine quantité d'alcool sous forme de vin, bière, liqueur, etc., sa santé peut n'être point altérée, et cependant il peut survenir des accidents chez le nourrisson. Ces accidents

sont connus mais on n'y prête qu'une attention insuffisante, je veux en dire quelques mots.

Aux débuts de ma carrière médicale, je fus appelé en toute hâte, au milieu de la nuit, auprès d'un superbe enfant de trois mois qui venait d'être pris subitement de convulsions.

Cet enfant, que j'avais admiré en passant quelques jours auparavant, avait tété comme d'habitude quand la nourrice allait se coucher; mais, au lieu de s'endormir d'un bon sommeil, il s'était mis à grogner, à s'agiter, à pousser des petits cris, à se tordre en renversant la tête en arrière, etc.; cela dura une demi-heure. Je le trouvai endormi, poussant de gros soupirs à intervalles inégaux, avec un peu de raideur de la nuque; pas de fièvre, rien d'anormal dans aucun organe; l'enfant ne se réveilla pas, même par l'examen de la gorge; quant à la nourrice, elle se portait très bien, absolument comme d'habitude. Je ne sus quel diagnostic faire, n'ordonnai rien et revins dans la matinée; à part un petit air triste, l'enfant allait bien, tout avait disparu.

Moins d'un mois après je fus de nouveau appelé encore dans la nuit auprès du même nourrisson atteint des mêmes accidents survenus brusquement sans cause connue; santé toujours excellente chez la nourrice. D'où pouvaient donc venir ces accidents? Je vis sur la table les reliefs du repas; c'était un repas de *cochon*; quand on tue *son habillé de soie* on invite quelques voisins ou amis et on fait *Saint-Boudin* en arrosant largement la cochonnade. Je demandai à la nourrice ce qu'elle avait mangé et bu; elle me dit ne pas avoir mangé plus que d'habitude, même moins que d'habitude par crainte de ne pas très bien digérer boudin et viande de porc, mais elle avoua avoir bu plus que de coutume, trois ou quatre verres de vin au lieu d'un demi verre, puis avoir bu aussi la goutte, c'est-à-dire de l'eau-de-vie de marc. La cause des accidents convulsifs chez l'enfant était trouvée, c'était l'alcool absorbé par la nourrice qui les avait causés.

Revenant sur les premiers accidents survenus un mois auparavant, la nourrice se rappela que, dans la veillée de ces accidents, elle était allée dans une maison voisine chercher son mari; et, comme il faisait très froid, on lui avait offert une bonne tasse de vin chaud et ensuite la goutte... Plus de doute, les premiers accidents, comme les seconds, tenaient à un écart du régime, à l'alcool absorbé. Le lendemain l'enfant était guéri sans médication aucune; la nourrice bien prévenue ne fit plus d'écart dans le régime, du moins, je ne fus pas rappelé pour d'autres indispositions semblables.

J'avais été mis en garde contre de semblables accidents par mon excellent maître Peter, qui nous faisait si largement profiter des cas pratiques de sa clientèle.

Peter avait été consulté pour un magnifique enfant de deux mois allaité par une nourrice irréprochable, qui avait fait ses preuves en nourrissant déjà un enfant dans la famille, une famille pauvre. Depuis quelques jours

cet enfant était devenu grognon, prenait moins bien le sein, était agité, dormait mal ; et cependant pas de fièvre, pas de toux, garde robes très bonnes, aucun organe malade ; rien, absolument rien non plus du côté de la nourrice. Cet état persistant, s'aggravant même, car la courbe des pesées, au lieu de continuer sa marche ascendante, était restée stationnaire et commençait même à baisser, M. Roger fut appelé en consultation : impossible de rien trouver ni chez l'enfant, ni chez la nourrice. L'enfant dépérisait et son état devenait alarmant quand un jour Peter sentit à l'haleine révélatrice de la nourrice une odeur d'alcool ; le diagnostic était fait ! La nourrice finit par avouer que le maître d'hôtel lui donnait du bon vin et des liqueurs ; on découvrit en effet, dissimulée au fond d'un placard dans une chambre de débarras, une bouteille de porto qui venait d'être entamée. Le généreux maître d'hôtel fut congédié, tout rentra dans l'ordre et la santé du nourrisson fut désormais parfaite.

Je pourrais encore citer plusieurs observations inédites ou éparses dans les journaux de médecine, mais c'est inutile, ces accidents ne sont pas niés.

Ce sont des accidents nerveux dus au passage de l'alcool ou de certains éléments de l'alcool dans le lait de la nourrice, c'est un empoisonnement plus ou moins aigu se traduisant par de l'agitation, un appétit capricieux, de l'amaigrissement, des mouvements convulsifs, même de véritables convulsions, et pouvant se terminer par la mort.

Que conclure ? La conclusion est forcée. *Puisque l'alcool absorbé par une nourrice au sein peut causer des accidents chez son nourrisson, l'alcool doit être supprimé dans le régime des nourrices.*

Comment ? dira-t-on ; vous voulez supprimer vin, bière, cidre aux nourrices ? mais on n'en trouvera plus ! D'ailleurs il y a alcool et alcool ; et s'il est vraie qu'une trop grande quantité d'alcool amène des accidents, une quantité raisonnable ne peut que fortifier la nourrice sans être nuisible à l'enfant.

Il est en effet reconnu que l'alcool contenu dans un vin naturel léger est moins nuisible que l'alcool pur ou l'alcool contenu dans les liqueurs (vermouth, anisette, chartreuse, etc.) ; et il peut être vrai qu'une petite quantité d'alcool sous forme de vin naturel, de bière ou de cidre (pour ne parler que des boissons de notre pays) n'amène pas de modifications sensibles dans le lait de la nourrice et ne cause pas d'accidents chez le nourrisson ; mais, c'est une question de dose qui variera avec chaque nourrice et peut-être avec chaque nourrisson ; telle dose qui passera inaperçue chez une nourrice, sera suivie d'accidents chez une autre ; *quelle est donc la dose de démarcation entre l'usage et l'abus ?* Dans le doute il vaut mieux s'abstenir.

D'ailleurs on sait, il est surabondamment prouvé que l'alcool, loin d'être nécessaire à la vie, est un poison nuisible à la vie : soyons donc logique et maintenons notre conclusion : *pas d'alcool aux nourrices au sein.*

Si dans la pratique, en raison de vieux préjugés, d'habitudes invétérées, il faut quelquefois, trop souvent même, transiger, on ne permettra que le moins possible de boissons alcooliques, au plus une demi-bouteille de vin léger par jour, ou une bouteille de bière ou de cidre ; en dépassant cette dose on s'expose à des accidents ; et si la nourrice a soif, comme il arrive souvent on lui donnera à boire de l'eau pure ou légèrement sucrée ou aromatisée, du bouillon et surtout du lait.

Imitons pour les nourrices ce qui se passe à la Maternité de Grenoble ; depuis quatre ans, nous apprend M. Flandin (in *Dauphiné médical*), la règle absolue est : *pas de vin, pas d'alcool ; l'eau et le lait sont les seules boissons permises.* Et à ce régime il n'y a que des avantages et des avantages indéniables ; c'est tout à la fois une bonne mesure pour la santé de la nourrice et pour protéger l'enfant dans le présent et peut-être aussi dans l'avenir.

(Gaz. des hôp.)

Des indications du tubage et de la trachéotomie dans les laryngites diphthériques.

par M. CARPENTIER (Th. de Paris.)

Ainsi que le dit fort justement M. Carpentier, la trachéotomie hérite des contre-indications du tubage.

Ces contre-indications doivent être rangées en deux grands groupes suivant que l'enfant est ou n'est pas l'objet d'une surveillance constante.

Les contre-indications du tubage lorsque l'enfant est surveillé sont : A. Trachéotomie d'emblée : la mort apparente, l'intensité de l'angine, l'impossibilité de placer l'ouvre-bouche, l'œdème considérable des replis aryténoïdes, l'impossibilité de placer le tube ;

B. Trachéotomie secondaire : les fausses routes l'obstruction du tube soit immédiate par les fausses membranes, soit tardive par les fausses membranes ou par les mucosités, le rejet incessant du tube, l'impossibilité pour l'enfant de se passer de tube.

La trachéotomie dans ces conditions donne des résultats peu favorables. Elle doit néanmoins être pratiquée : c'est l'unique chance de salut pour l'enfant.

Lorsque l'enfant ne peut être l'objet d'une surveillance constante, qu'il se trouve exposé de ce fait à des accidents graves, mortels même, dont la fréquence paraît avoir été méconnue par certains auteurs, dans ces cas le tubage semble devoir donner une mortalité supérieure à la trachéotomie, et c'est à cette dernière opération qu'il faudra recourir si l'on ne peut laisser auprès du malade une personne exercée au tubage.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Les féculés doivent-elles être bannies de l'alimentation des très jeunes enfants ?

par M. BORDE (Soc. méd. ch. Bordeaux.)

Le lait maternel devrait être la nourriture exclusive de l'enfant, mais il n'en est pas toujours ainsi pour des raisons très diverses. Bien qu'il soit classique d'interdire toute alimentation autre que le lait avant le sixième mois, M. Borde croit que l'enfant peut prendre des féculés, mais en décoction aqueuse. Ces décoctions ont été parfaitement tolérées dans les cas de gastro-entérite chez des enfants qui ne supportaient ni le lait de vache ni le lait maternel. Le lait de vache est souvent la cause de gastro-entérite. Celle-ci, très rare à la Martinique et à la Guadeloupe, est cependant plus fréquente dans la classe aisée où l'alimentation lactée est exclusive, tandis qu'elle est presque exceptionnelle chez les enfants indigènes qui sont nourris avec des féculés variés en décoction aqueuse. M. Borde conseille, dans les cas de gastro-entérite, de diminuer la quantité de lait qu'on donne habituellement aux enfants et de remplacer cette quantité supprimée par une quantité équivalente de décoctions aqueuses de féculés ou de céréales.

Ces décoctions sont digérées par les enfants les plus jeunes, et loin d'irriter les intestins, elles les tonifient, les calment et préviennent les gastro-entérites infectieuses de l'été. Elles aident la guérison et remplacent avantageusement le lait de vache et le lait maternel lui-même pendant la phase aiguë de ces maladies.

Ces décoctions, très nutritives, préviennent le rachitisme et les troubles digestifs chroniques chez l'enfant élevé au lait de vache, car elles permettent d'éviter le surmenage intestinal. De plus, elles augmentent la digestibilité du lait de vache lorsqu'elles sont mêlées à lui.

La meilleure de ces décoctions est celle d'avoine grossièrement broyée, qui contient, outre des féculés et des albumines, des phosphates végétaux assimilables très utiles à l'enfant. Ces phosphates se rencontrent dans le péricarpe des grains en proportion notable, sans compter ceux qui le grain renferme lui-même.

(*Indep. med.*)

Les compresses de bicarbonate de soude chez les enfants.

M. Wladimirov a recouru aux pansements bicarbonatés dans 30 cas de suppuration de causes diverses : brûlures, pyodermites, fistules, plaies contuses, adénopathies, panaris.

Dans les brûlures, les compresses au bicarbonate de soude arrêtent rapidement la suppuration et activent la cicatrisation même dans les cas rebelles à tout autre traitement.

De même ce pansement donne d'excellents résultats dans les plaies qui guérissent rapidement, sans suppurer, en donnant des cicatrices à peine appréciables. Dans les

abcès et les panaris, les résultats sont également très satisfaisants.

Les compresses peuvent être appliquées, soit sous forme de pansement humide, soit être renouvelées tous les jours, mais de plus, humecté sur place, deux ou trois fois par jour, soit enfin en plaçant entre la compresse et le taffetas une compresse couverte de vaseline boriquée, pour empêcher l'évaporation ; dans ce dernier cas, le pansement peut être laissé en place deux jours.

Les principaux avantages du pansement sodé sont l'innocuité absolue, son action analgésique et antiputride que le rendent précieux dans la pratique infantile.

(*Soc. péd. Moscou — Gaz. des hôp.*)

Opium et décoctions de farine d'avoine chez l'enfant.

(Soc. méd. de Bordeaux.)

M. Borde lit l'intéressante observation d'un enfant atteint d'une entérite grave qui a été soigné et guéri par l'usage de l'opium et des décoctions aqueuses de farine d'avoine. Il résulte de cette observation ainsi que d'un très grand nombre d'autres qui paraîtront sous peu : 1° que les enfants les plus jeunes supportent admirablement bien les opiacés ; 2° que les opiacés sont des remèdes très utiles et toujours inoffensifs pour combattre les entérites aiguës infectieuses du nourrisson ; 3° que les décoctions de céréales sont très bien digérées en général par les jeunes enfants malades ou non ; 4° que ces décoctions calment l'intestin au lieu de l'irriter et qu'elles sont suffisamment nourrissantes pour remplacer le lait de vache dont la quantité excessive plutôt que la qualité douteuse est la cause la plus fréquente des entérites aiguës chez le nourrisson.

(*J. de méd. de Bordeaux.*)

FORMULAIRE

L'eau sulfo-carbonée dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. Bardet a rappelé dans une des dernières séances de la Société de thérapeutique, une formule jadis employée par Dujardin-Beaumetz et qui mériterait de ne pas tomber dans l'oubli :

Sulfure de carbone.....	6 drachmes.
Eau distillée.....	16 onces.
Essence de menthe.....	xxx gouttes.

A la dose de dix à douze cuillerées par jour dans une boisson quelconque, ce médicament exerce une action désinfectante remarquable sur les selles.

(*Gaz. des hôp.*)

L'appendicite et les vers Intestinaux.

Au sein des Académies et des Sociétés savantes, et même dans les milieux mondains, il n'est question, en ce moment, que de l'appendicite ; et non seulement en France, mais un peu partout à l'étranger. Ce qui, malheureusement, n'est que trop certain, c'est que le mal se généralise et prend des proportions inquiétantes. M. El. Metchnikoff, l'éminent bactériologiste de l'Institut Pasteur, vient d'apporter une contribution à l'étude de l'appendicite qui mérite l'attention.

« Voici, dit M. Metchnikoff, comment j'ai été amené à m'occuper d'appendicite : Un de nos amis, médecin et bactériologiste des plus renommés, me fit part, un jour, de son inquiétude au sujet de sa fille qui était sur le point de subir l'opération de l'appendicite. La malade, âgée de dix-neuf ans, avait eu, en dix mois, dix crises appendiculaires. Diagnostic : appendicite à répétition. Intervention chirurgicale. »

M. Metchnikoff se demanda si ces crises répétées n'avaient pas, pour origine, la présence de vers intestinaux. Il vérifia l'hypothèse. Or, il trouva en quantité, chez la malade, des œufs d'ascaris et de trichocéphales. Aussitôt, on commença le traitement vermifuge. Cela se passait il y a quatre ans. Depuis, il n'est plus survenu une seule crise appendiculaire. La malade est guérie et mariée.

M. le docteur Lemoine, mis au courant de ces faits, en tira parti en 1897, et, après avoir trouvé, chez un enfant de douze ans, des trichocéphales, se contenta d'instituer, pour le débarrasser des symptômes de l'appendicite, le traitement helminthologique. Autre succès chez un jeune homme de vingt-trois ans, atteint d'appendicite à répétition et présentant des œufs d'ascaris et de trichocéphales. On lui administra de la santonine et du calomel. Expulsion de vers et guérison. Ces cas sont loin d'être isolés. On pourrait en citer un nombre assez considérable. Du reste, il y a déjà soixante ans que Becquerel a décrit l'autopsie d'un enfant chez lequel il trouva plusieurs ascaris dans une perforation de l'extrémité de l'appendicite. Davaine cite un cas où l'appendicite ulcéré et perforé laissa passage à quarante-sept ascaris. Beaucoup plus tard, Natale rencontra de même, dans un cas d'appendicite, treize ascaris. Les chirurgiens ont également remarqué la présence de vers intestinaux à la suite de leurs opérations.

M. Metchnikoff soupçonne que les ascaris et surtout les trichocéphales peuvent produire des érosions de l'intestin et de l'appendice et ensementer des microbes dont ils regorgent ; d'où, peu à peu, des perforations et des intoxications graves. Un interne des hôpitaux, M. Girard apporta à M. Metchnikoff des coupes d'une appendicite enlevée à une jeune fille atteinte de péritonite ; on trouva, dans le canal appendiculaire, plusieurs trichocéphales. On apercevait la trace d'une perforation par le ver et des signes d'inflammation produits par des streptocoques.

M. Metchnikoff mentionne une épidémie d'appendi-

cite observée par M. Gobuloff, professeur de clinique médicale à Moscou. En 1896, les cas d'appendicite étaient devenus tellement fréquents, à Moscou, que, seulement dans un internat de jeunes filles, il s'en est produit sept dans l'espace de deux mois. On n'avait pas recherché les vers. Mais il est probable que les cas avaient la même origine : une souillure inaperçue de quelque aliment.

Les deux espèces de nématodes rencontrées dans les appendicites se transmettent par des larves renfermées dans les enveloppes de l'œuf. Les embryons naissent en dehors du corps humain, dans la terre ou dans l'eau. Et c'est cette eau souillée, ou des fruits ou des légumes contaminés qui servent de véhicules aux parasites intestinaux.

Ces faits ne signifient pas que l'appendicite a pour cause unique les nématodes. M. Metchnikoff est loin de soutenir cette thèse. De même, on peut absorber des vers intestinaux sans que, pour cela, l'appendicite s'en suive nécessairement. Il y a peut-être, à Paris, 500,000 habitants infectés par les vers, et, Dieu merci, la fréquence de l'appendicite est loin d'atteindre ce chiffre. Mais, parmi ces individus, il en existe chez lesquels ces parasites amènent d'autres troubles que ceux de l'appendicite, notamment des maladies nerveuses et de l'anémie. Cependant, bien qu'on ait prétendu, à la Société de biologie, que les nématodes se trouvaient souvent dans l'appendice, un peu comme les coli-bacilles dans l'intestin et sans qu'on puisse y rattacher une relation de cause à effet, je crois qu'il sera bon de se défier de leur rôle dans l'appendicite, conformément aux vues du bactériologiste de l'Institut Pasteur.

De l'ensemble des recherches de M. Metchnikoff, il résulte un certain nombre de règles qu'on fera bien de suivre dans la pratique : 1° Dans tous les cas suspects d'appendicite, pratiquer l'examen helminthologique ; 2° Dans tous les cas où il y aurait possibilité de le faire, appliquer le traitement vermifuge avec de la santonine contre les ascaris et du thymol contre le trichocéphale ; 3° Défendre aux personnes atteintes d'appendicite de manger des légumes crus, des fraises, etc., et de boire de l'eau non bouillie ou non filtrée ; 4° La proscription des aliments crus et des eaux impures constitue, de même, une excellente mesure prophylactique ; 5° Voir de temps en temps, surtout chez les enfants, s'il n'y a pas de vers et administrer des vermifuges.

M. Metchnikoff est convaincu que ces prescriptions générales assureront la guérison d'un certain nombre d'appendicites, atténueront la gravité de certaines autres et diminueront la fréquence de cette maladie.

ERRATUM.

Page 444, 1ère colonne, ligne 18. Au lieu de : « le sucre de canne se réduit par la liqueur de Fehling », lire : « le sucre de canne ne réduit pas la liqueur de Fehling ».

TABLES DES MATIÈRES

Travaux Originaux.

A		
Aisselle. Note sur le traitement de la folliculite de l'— par la gazoline, par M. le Dr M. T. Brennan.....	137	
Anesthésie par la voie lombaire, certaines particularités, par M. le Dr M. T. Brennan.....	314	
Asile. Rapport de l'—des aliénés de Québec, par M. le Dr L. J. O. Sirois.....	316	
C		
Cathétérisme et lavage de la vessie chez la femme, par M. le Dr M. T. Brennan.....	1	
Chancres. Diagnostic du — mou et du — syphilitique, importance des signes optiques, par M. le Dr Henri Lasnier... 257, 265		
Conduit auditif. Fracture postérieure de la paroi antérieure du — externe gauche, par M. le Dr C. A. W. Prévost.....	225	
Corps étranger (petit caillou) extrait du — droit d'une fillette de 4 ans, par M. le Dr C. A. W. Prévost.....	225	
Constipation chez l'enfant, par M. le Dr W. J. Derome.....	249,	
Coq à l'âne médicaux (Niro) 4, 10, 19, 27, 35, 58, 65, 81, 89, 98, 129, 137, 155, 169, 195, 202, 209, 217, 226, 233, 259, 318, 325, 338, 351		
D		
Désinfection. De la —, par M. le Dr J. E. Laberge.....	177, 185	
Diphthérie. Un cas de —, par M. le Dr C. A. W. Prévost.....	225	
E		
Electricité. De l'— en thérapeutique, par M. le Dr S. Bolduc.	337	
Estomac. Cancer de l'— (clinique du prof Rendu) par M. le Dr W. J. Derome.....	445	
F		
Fibrome. Traitement moderne		
		des — utérins, par M. le Dr A. Laphorn Smith..... 97
		Evidement préalable et hémisection médiane antéro postérieure dans un cas de — intraligamentaire enclavé et d'utérus fibromateux, par M. le Dr M. T. Brennan..... 201
G		
		Gasoline. Note sur la — en chirurgie, par M. le Dr M. T. Brennan..... 1
		Glânes Canadiennes 289, 305, 319, 327, 340, 374, 398, 410, 434
K		
		Kystes ovariens. Etude de la torsion pédiculaires des —, par M. le D. J. Geo. Aubry..... 281
M		
		Matrice. Quelques cas de rétroversion de la — chez des femmes enceintes guéris par la ventrofixation, par M. le Dr A. Laphorn Smith..... 273
O		
		Oesophage. L'épithélioma de l'— (clinique du prof. Rendu) par M. le Dr W. J. Derome... 373
		Ophthalmie purulente. Sur le traitement de l'— des nouveau-nés par M. le Dr Jéhin-Prume... 105
P		
		Panniculite et la cellulite pelvienne extra-génitale ou extra-ovaireuse, par M. le Dr M. T. Brennan..... 193
		Péritonisme. Du — (clinique du prof Rendu) par M. le Dr W. J. Derome..... 349
		Pharmacie. Notes de — pratique, par M. J. W. Lecours 279, 303, 323, 347, 370, 443
		Phlegmasia alba dolens. Note sur le traitement de la — par une solution picroquée, par M. le Dr M. T. Brennan..... 137
		Phtisiques. La cure du repos
		chez les —, par M. le Dr C. T. Samuel Bernheim, de Paris 145; 153, 163
		Prostatite aiguë, par M. le Dr Eugène Paquet..... 433
		Polypes. Les — de l'utérus (clinique du prof. Tillaux) Notes de M. le Dr J. W. Derome... 297
S		
		Sphygmomanométrie (Thèse de de Paris), par M. le Dr Alphonse Mercier..... 297
		Syphilis spinale (clinique du prof. Rendu), par M. le Dr W. J. Derome..... 409
T		
		Tibia. Ostéomyélite du — (clinique du prof. Tillaux), par M. le Dr W. J. Derome..... 385
		Tuberculose péritonéale de l'enfance (clinique du prof. Marfan) par M. le Dr Henri Lasnier.. 397
U		
		Urétrite. Traitement de l'— aiguë par les injections de peroxyde d'hydrogène, par M. le Dr Z. Rhéaume..... 325
		Urétrocèle calculeuse (clinique du prof. Tillaux), par M. le Dr W. J. Derome..... 421
		Vessie. Le cathétérisme et le lavage de la — chez la femme, par M. le Dr M. T. Brennan.. 1
		Utérus. Inversion utérine. Nouvelle technique opératoire. Guérison, par M. le Dr M. T. Brennan..... 57
		Fibromes de l'— voir fibrome. — fibromateux voir fibrome. Les polypes de l'—, voir polypes.
V		
		Varicocèle, par M. le Dr Henri Lasnier..... 361
		Vertige de Ménière. Du — et son traitement par M. le Dr Jéhin-Prume..... 17, 25, 33, 41, 49

Revue des Journaux.

A		
Abcès. Discussion sur les — sous-diaphragmatiques.....	244	
De l'hyperleucocytose polynucléaire comme élément de diagnostic de l'— du foie.....	260	
Traitement des — des articulations, etc.....	277	
L'—du foie par contusion chez l'enfant.....	286	
		— appendiculaire dans la cavité de Douglas..... 379
		Les — blennorrhagiques de la prostate..... 389
		Des — dysentériques tardifs du foie et du poumon..... 411
		Accidents de travail. Rapports des médecins avec les compagnies d'assurances relativement à la loi —..... 119
		Accouchement. Contribution à l'étude de l'— des épaules dans les présentations céphaliques 70
		Fractures et enfoncements du crâne chez le fœtus au cours de l'—..... 135
		De l'— spontané dans les bassins rétrécis rachitiques..... 235
		Le chloroforme dans les —... 294
		L'assistance des femmes en

couches à domicile.....	300	Articulations. Traitement des		fections,	260
Le bandage abdominale dans le travail de l'—.....	358	Extrême fréquence des accidents appendiculaires graves.	331	De la conduite à tenir chez une femme enceinte atteinte de — de l'utérus.....	309
Actinomycose ano-rectale.....	251	Abcès appendiculaires dans la cavité de Douglas.....	379	Symptôme et traitement du — de l'œsophage.....	379
Addison (maladie d'). L'opothérapie surrénale dans la —.....	77	— chronique.....	387	De l'adénopathie inguinale dans les — vésicaux.....	401, 413
La — et le syndromes de l'insuffisance capsulaire.....	90	Traitement de l'—.....	395	Cancroïde. Traitement du —.....	437
Adénites. Pathogénie des — tuberculeuses externes.....	197	— et vers intestinaux.....	456	Cardioptose.....	83
La rinite purulante des enfants cause d'infection de l'— cervicale.....	394	Artères. La suture des —.....	355	Catgut. Action dissolvante de l'eau oxygénée sur le —.....	308
Adénoïdes. Scoliose par —.....	11	Artério-sclérose. Traitement médicamenteux de l'—.....	76	Cavernite. La — lymphangite du pénis.....	12
Adénopathie inguinale dans les cancers vésicaux.....	401, 413	abcès des —, etc.....	277	Céphalalgie uricémique chez les enfants.....	152
Adénophlegmon de la joue.....	180	Arthrites. Injections de calomel dans le traitement des — chroniques non siphilitiques....	39, 47	Crises de — uricémique chez les enfants.....	215
Aérophagie.....	434	Syndromes arthritiques chez les enfants.....	286	— justiciables de l'acétate d'ammoniaque.....	329
Albuminurie cyclique des adolescents.....	116	Asthme. Traitement de l'—.....	63	Cérébral (affection) curable de nature indéterminée chez les enfants.....	395
— intermittentes des jeunes sujets.....	151	— infantile due à l'auto-intoxication.....	282	Cerveau. Action des courants galvaniques sur le —.....	47
De l'— orthostatique.....	446	Auto-infection (post-partum) due à des lésions utérines et péri-utérines antérieures à la grossesse.....	391	Chancre. Culture des microbes du — mou.....	224
Les — intermittentes des jeunes sujets et leur traitement.....	447			Le bi-iodo-salicylate de soude dans le — mou.....	342
Alcool. Enthousiasme national et —.....	78	B		Traitement du — simple.....	342
Accidents provoqués chez le nourrisson au sein par — qu'absorbe sa nourrice. Régime de la nourrice pour les boissons.....	453	Barlow (maladie de).....	359	Chirurgie nerveuse au Canada..	129
Alcoolisme. Traitement de l'aigu par la digitale à haute dose.....	206	Bartholin (glande). La technique des interventions sur la —	31	Chloroforme. Administration du —	37
Aliénés. La médecine légale des — en Italie.....	199, 206	Bartholinites. Le traitement des — par les injections d'alcool salicylé à saturation.....	131	Influence du — sur l'énergie des contractions utérines....	294
Alimentation des prématurés....	48	Bec-de-lièvre. Le traitement des — chez l'enfant.....	139, 148	Chocs. De la transfusion dans le traitement des —.....	99
Les féculs doivent-elles être bannies de l'— des très jeunes enfants.....	455	Blennorrhagie. Action de la — sur le cœur.....	243	Chorée. Traitement de la — par le cacodylate de soude.....	72
Allium sativum (ail). Son emploi dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.....	141	Importance du gonocoque à propos du traitement de la — chronique.....	271	Cirrhose hypertrophique diffuse	283
Amygdales. Faut-il ouvrir les abcès amygdaliens.....	167	La — et le mariage.....	271	Des urines retardées dans les —	341
Amygdalite. De l'— linguale phlegmoneuse.....	386	Traitement abortif de la — chez l'homme.....	342	Des épanchements au cours des —.....	366
Anémies. Traitement des —.....	172	Les abcès blennorrhagiques de la prostate.....	389	Les causes de la splénomégalie dans les — biliaires.....	422
Anesthésie lombaire.....	83	Traitement de la goutte militaire.....	180	Clavicule. Du traitement des luxations sus-acromiales de la —	44
— lombaire.....	181	Bouche. Des différentes formes de septicémie buccale.....	436	Claudication douloureuse par utéro-pathie.....	405
— par voie médullaire du cou et de la partie supérieur du tronc.....	342	Bouchon.....	84	Cocaïne. Règles d'administration de la —.....	270
Angine et endocardite.....	36	Bourses. Les tumeurs irréductibles des —.....	221, 229	La — en injections sous-arachnoïdiennes.....	330
— de poitrine et diabète.....	196	Brodie (maladie de). Deux cas de —	308	Action locale et générale de la —	429
— de poitrine vrai et fausse... ..	342	Bruit de frottement pleural et moyen de le produire.....	121	Cœur. Méthodes nouvelles d'exploration du —.....	11
Antitoxines. Toxines et —.....	127, 133	Brûlures. La mort par — graves étendues.....	268	Influence des maladies infectieuses sur le —.....	102
Antisepsie obstétricale.....	245			Sur la gravité du rhumatisme chez l'enfant au point de vue des complications cardiaques.	125
Antrax. Traitement de l'— par le gaz oxygéné.....	310	C		Un nouveau signe physique de déplacement du — dyspnée gastrectasique et pseudo-angine.....	190
Aorte. Les battements dans les cavités buccale et pharyngée au cours de l'insuffisance aortique.....	171	Cacodylate. Erythème scarlatiniforme dû aux injections sous-cutanées de — de soude.....	5	Les palpitations du —.....	234
Appendicite. Traitement opératoire de l'—.....	14	Cancer. Traitement du — au sein par la quinine.....	85	De l'action de la syphilis et de la blennorrhagie sur le —....	248
— et hystérie.....	115	Fibrome et —.....	110	Variations de volume de l'oreillette droite appréciée par	
Lumbricoïdes donnant les symptômes de l'—.....	290	Accidents pulmonaires infectieux du — de l'estomac.....	188		
Vomito negro appendiculaire.	306	Le parasite du —.....	238		
		De l'hémo-diagnostic dans le — de l'estomac et dans les in-			

la percussion dorsale, etc.....	363	première —.....	215	— par le plomb.....	301
De la métrite hémorragique comme symptôme de lésion cardiaque.....	390	Dermatoses. Traitement des — prurigineuses des enfants....	14	Embolie pulmonaire et phlébite	197
Rétrécissement mitral et sy- philis héréditaire.....	442	Désinfection. Technique des — en clientèle.....	294, 300, 312	Enclavement. Traitement de l'—	368
Coli-bacille. La forme diplococ- cique du —.....	16	Diabète. La réaction de William- son.....	112	Endocardite. Angine et —.....	36
Colite. Symptomatologie, dia- gnostic et marche clinique de la — muco-membraneuse....	43	Angine de poitrine et —.....	196	Les— aiguës consécutives aux infections biliaires.....	256
Traitement de la — muco- membraneuse.....	52	Mastoidite chez les diabétiques	222	Endométrites hémorragiques ou hydro-hémorragiques des 6 premiers mois de la grossesse	75
Traitement des — aiguës chez les enfants.....	160	Glycosurie et — dyspeptiques	321	Traitement médico-chirurgi- cale de l'— chronique.....	142
Coliques hépatiques. Comment doit on actuellement compren- dre le syndrome —.....	155	Diaphragme. Discussion sur les abcès sous—.....	244	Entérite. La contracture du col- on pelvien et l'— muco-mem- braneuse.....	118
Du traitement médical pré- ventif des — à répétition....	278	Diarrhée. Traitement de la — chez les tuberculeux par la faradisation abdominale.....	142	Des lavages de l'estomac dans la gastro— des nourrissons..	381
Colon pelvien, Contracture voir entérite.		Diazoréaction d'Ehrlich. Con- clusions d'une étude sur les—	138	La levure de bère dans le traitement des —.....	382
Congestions pulmonaires, voir poumon.		Influence du salol sur la — et son action thérapeutique dans la fièvre typhoïde chez les enfants.....	150	Opium et décoction de farine d'avoine chez les enfants	455
Conjonctives. Deux observations de tuberculose conjonctivale.	189	Diète. Dans la — lactée il est utile d'additionner le lait de sel....	371	Entéro-colite. 600 cas d'— muco- membraneuses.....	117
Des injections sous-conjoncti- vales de bleu de méthylène....	383	Digitale. Effet physiologiques et thérapeutique de la — et ses principes actifs.....	68	— muco-membraneuse traitée avec succès par les courants de hautes fréquence.....	422
Compagnies d'assurances. Rap- port de médecins avec les — relativement à la loi " acci- dents du travail ".....	119	Diphthérie. Remarque sur 1778 cas de —.....	82	Enthousiasme national et alcool.	78
Coqueluche. Traitement mécani- que de la —.....	301	Méthode simple et pratique pour le diagnostic bactériolo- gique de la —.....	198	Eaurese.....	47
— frustrées et — ignorées....	346	Des indications du tubage et de la trachéotomie dans les laryngites diphthériques	454	Epaule. Des luxations irréducti- bles de l'—.....	426
Traitement de la — par les insufflations d'orthoforme....	443	Douglas. Douglasites aiguës et chroniques.....	332, 343, 356	Epididymite. Traitement de l'— blennorrhagique.....	74
Cordon ombilical. La proci- dence et le procubitus du —.....	358	Abcès appendiculaire dans la cavité de —.....	379	Epigastro. La tension intermit- tente de l'—.....	414
Coryza. Traitement du — des nouveau-nés.....	62	Duodénum. L'action thérapeuti- que de grandes doses d'huile d'olive dans les sténoses orga- niques et spastiques du —, etc.	113	Epilepsie. La résection du sym- pathique cervical dans l'— etc.....	47
Coup de chaleur. La saignée dans le —.....	36	Dysménorrhée et son traitement	199	De la myoclonie épileptique..	79
Coxalgie à la deuxième période.	276	Le traitement de la —.....	268	— partielle, pathogénie et traitement.....	179
Crâne. Fracture et enfoncement du — chez le fœtus au cours de l'accouchement.....	135	Du traitement des divers gen- res de —.....	389	La dose suffisante de bromure et le signe de la pupille dans le traitement de l'—.....	216, 222
Plaies pénétrantes — par ar- mes à feu.....	190	Dyspeptique. Des troubles de la sensibilité de la région épi- gastrique chez les —.....	213	— dans la première enfance..	311
De la fracture indirecte de la base du —.....	236	La phosphaturie terreur des —	250	Epithéliomas cutanés, leur trai- tement.....	230
Craniotomie. Considérations sur le manuel opératoire de la — tête dernière.....	223	Glycosurie et diabète des —..	321	Erections. Le salicylate de mé- thyle dans les —douloureuses.	442
Croton. Huile de.....	114	Dystosie. L'hystérectomie ab- dominale totale dans les cas de — par fibromes utérin..	173, 182	Estomac. Traitement de quel- ques formes de dilatation d'— par de hautes doses d'huile....	13
Croup ascendant.....	381	E		Ulcération gastriques.....	60
Cystite, voir vessie.		Eau oxygénée.....	435, 345	Contribution à l'étude des cri- ses gastriques essentielles.....	74
Cysto-diagnostic.....	331	Eclampsie. Accès éclamptiques sans albuminurie.....	93	Cancer. estomac, voir cancer. Des interventions exploratri- ces précoces dans les affections obscuras de l'—.....	85
D		Eczemas. Origine parasitaire des —.....	45	Accidents pulmonaires infec- tieux du cancer de l'—.....	188
Déciduome malin.....	427, 438	Electrothérapie.....	103	De l'hémo-diagnostic dans le cancer de l'— et dans les in- fections.....	260
Dégénérescence. Hystérie, mo- dalité de la —.....	48	Embryotomie à lambeau.....	391	La femme sans —.....	360
Délirium tremens. Traitement du — par les injections sous- cutanées de sérum artificiel...	79	Empyème dans un cas de gra- nule.....	147	Exostoses infectieuses.....	205
Délire aiguë. Du traitement du — par les lavages de l'estomac	108	— chez les enfants.....	311	F	
Dentition. Aphorisme sur la		Empoisonnement par l'acide phé- nique traité avec succès par l'alcool.....	158	Favus et parties glabres.....	205

Femmes. Assistance des — enceintes à domicile..... 300	Gastrectasie. L'action thérapeutique de grandes doses d'huile d'olive dans la —..... 113	par l'eau oxygénée..... 32
De la conduite à tenir chez une — enceinte atteinte de cancer de l'utérus..... 309	Gastrostomie..... 6	Traitement des —..... 392
Fémoraux (vaisseaux), voir vaisseaux.	Gastro-entérostomie. Des indications et résultats de la —..... 68	Hernies. L'application prolongée des compresses d'éther pour la réduction des — étranglées 171
Fièvre typhoïde et grippe..... 14	Gastro-entérite, voir entérite.	Etude clinique des — épigastriques et ombilicales..... 204
Présence du bacille d'Eberth dans l'éruption de la —..... 38	Gélatine comme hémostatique, sa préparation..... 39	Traitement de — chez l'enfant 353
Influence du salol sur la diazo-réaction d'Erllich et son action thérapeutique dans la — chez les enfants..... 150	Une nouvelle indication des injections de —..... 55	Héroïne. Chlorhydrate d'—..... 270
Le malade source de contagion dans la —..... 188	Génitalites. Pathologie et prophylaxie des — féminines post-matrimoniales..... 214	Herpès. Traitement de l'— génital 44
Le sérum artificiel dans la — sous forme d'entérocluse..... 275	Genou. Un cas d'ankilose du — 448	Des manifestations herpétiques de la grippe..... 354
Les injections de sérum artificiel dans le traitement général de la —..... 277	Glace. Manière de conserver la — dans une chambre de malade 88	Hépatite. Diagnostic différentiel de l'— suppurée..... 378, 388
Diagnostic et perforation typhoïdique..... 283	Glaucome. Résection du sympathique cervical, etc., dans le — 47	Hépatisme et diathèse biliaire... 211
Les perforations intestinales au cours de la —..... 283	Glycosurie alimentaire..... 228	Hépatique (infection) par l'entérocoque de Thiercelin..... 212
De la douleur des orteils dans la convalescence de la —..... 292	— et diabète des dyspeptiques 321	Hydarthroses. Traitement des — par l'air chaud..... 191
Le pleuro-typhus et les pleurésies typhiques..... 341	Goître. Résection sympathique cervical dans le —, etc..... 47	Hydrocèle. Traitement de l'— vaginale par le chlorure de zinc 21
Perforation intestinale au cours de la — à forme ambulatoire..... 375	Traitement du — par l'administration interne de la teinture d'iode à doses massives.. 345	De la cure radicale de l'— par le retournement de la vaginale 330
Fibrome et cancer..... 110	Gonorrhée, voir blennorrhagie.	Hygiène sexuelle..... 23
L'hystérectomie abdominale totale dans les cas de dystocie par — utérins..... 173, 182	Gourme. Un cas de transmission de la — du cheval à l'homme. 399	Législation et réglementation du travail au point de vue de L'— et le bénéficiaire..... 128
Le pincement des artères utérines dans les —..... 183	Goutte. Pathogénie de la —... 43	Les églises au point de vue de L'— des bureaux des Poste... 334
Fibromyomes. La suppuration des — utérins 450	Siège et diagnostic de la —... 267	Hystérie, modalité de la dégénérescence..... 48
Fœticide thérapeutique..... 391	— militaire, voir blennorrhagie.	Appendicite et —..... 115
Fœtus. Expression du — par la paroi abdominale..... 252	Grippe. Fièvre typhoïde et —... 19	
Foie. De l'hyperleucocytose polynucléaire comme élément de diagnostic de l'abcès du — 260	Manifestations buccales consécutives à la —..... 91	Ictères acholuriques simples.... 250
L'abcès du — par contusion chez l'enfant..... 286	Des manifestations herpétiques de la —..... 435	Des hémorragies dans l'— acholurique..... 376
Séméiologie des tumeurs du — 354, 364	Grossesse. Traitement chirurgical de la — extra-utérine.... 6	Icthyose. Traitement de l'—... 46
Des abcès dysentériques tardifs du — et du poumon..... 411	Kyste dermoïde compliquant la —..... 6	Incinération au Japon..... 119
Fontanelles. Des —..... 134	Tuberculose et —..... 75	Incontinence d'urine. Traitement de l'— des enfants par le rhus aromatica..... 152
Forceps. Le travail normal et l'emploi du —..... 174	Douleur, sa valeur symptomatique dans la — estopique.... 112	Infectieuses (maladie). Influence des — sur le cœur..... 102
Fractures qui peuvent être traitées sans appareil inamovible par le massage et la mobilisation 130	La pyélo-néphrite pendant la — molaire..... 246	Infections. Comment agit le système nerveux dans les —... 11
Friedlander (bacille de). Sur l'identité du — et de quelques bactéries encapsulées voisines décrites comme espèces distinctes 94	Traitement de la syphilis pendant la —..... 308	Les — ombilicales chez le nouveau-né..... 22
Furonculose. Traitement de la — des nourrissons..... 44	La pneumonie pendant la — 357	L'immunité des maladies infectieuses..... 23
Traitement du furoncle par le gaze oxygéné..... 310		Etiologie et réaction des — puerpérales..... 52
	H	Influenza. La forme hémorragique de l'—..... 243
Gastralgie. Traitement des —... 7	Hématomes de la vulve et du vagin au cours de la puerpéralité..... 235	Insomnie. Traitement de l'— chez les enfants..... 22
	— de la vulve et du vagin... 368	Traitement de l'—..... 66
	Hémiplégie. Hypertrophie osseuse dans l'— infantile avec athétose chorée..... 189	Intestin. Invagination intestinale chez l'adulte..... 99
	Hémoglobinurie..... 242	Perforation de l'— dans la fièvre typhoïde, voir fièvre.
	Hémorragies de la délivrance. Traitement de l'— post-puerpérale..... 168	Accidents méningitiques au cours des infections intestinales des enfants..... 382
	— névropathiques des voies digestives..... 233	Ilium. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite de —..... 91
	Comment prévenir et traiter une — post partum..... 282	Impuissance. Rapport entre les vésicules séminales et l'—... 181
	Des — dans l'ictère acholurique — utérines, voir utérus. 376	
	Hémoptyisie. Traitement des —	

J	
Jambe. Traitement des ulcères de la —.....	291
Du traitement des fractures de —.....	403, 415
Joue. Adénophlegmon de la —.	180
K	
Koch (bacille). Nouvelle méthode de recherche du — dans les crachats.....	198
Recherche du — dans les produits tuberculeux en putréfaction.....	282
grossesse.....	6
Kubisagori ou vertige paralysant	189
Kyste dermoïde compliquant la	
L	
Lait. Stérilisation du— et le mode d'emploi du — stérilisé....	101
Dans la diète lacté il est utile d'additionner le — de sel.....	371
De la thérapeutique chez les nourrices dans les rapports avec la sécrétion lactée.....	414
Langue. Sur les affections syphilitiques de la —.....	241
Larynx. Le stridor laryngé congénital.....	369
Laryngite. Des indications du tubage et de la trachéotomie dans les — diphthériques	454
Lèvre. Ulcération tuberculeuse de la—. Examen et diagnostic des ulcérations labiales en générale.....	416, 425
Levure de bière dans le traitement de la pneumonie.....	14
— contre le catarrhe cervical	37
Lithiase. Traitement de la — rénale par la glycérine.....	48
Liquide amniotique. De l'infection du— pendant la grossesse sans ruptures des membranes de l'œuf.....	70
Loupes. Traitement des — par les injections interstitielles d'éther.....	261
Lumbricoïde donnant les symptômes de l'appendicite.....	290
Lupus. Traitement du — tuberculeux par le permanganate de potassium.....	261
Lymphangite. La cavernite, la — du pénis.....	12
M	
Mastoidite chez l'enfant.....	71
— chez les diabétiques.....	222
Un nouveau moyen de diagnostic de la —.....	366
Massage. A propos du — en gynécologie	450
Masturbation. Traitement de la — par l'hyoscine.....	234
Maxillaire. Du traitement des fractures du — inférieur dans l'attitude bouche ouverte.....	107
Médecine légale des aliénés en	
Italie.....	199, 206
Mentale (syndrome). Sur un —	88
Méninges. Accidents méningitiques au cours des infections intestinales des enfants.....	382
Méningites aiguës non tuberculeuses.....	63
Perméabilité méningée à l'iode de potassium au cours d'une — tuberculeuse.....	212
Des suites éloignées des — cérébro-spinales aiguës.....	387
Menstruations. Le chlorure de calcium dans les règles d'abondance exagérée avec ou sans dysménorrhée.....	367
Des douleurs intermenstruelles périodiques.....	417
Méthylène (bleu). Epreuve du— et perméabilité rénale.....	274
Métrites cervical.....	70
De la—hémorragie envisagée comme signe prémonitoire de tuberculose pulmonaire ou comme symptôme de lésion cardiaque.....	390
Môle. Symptômes, diagnostic, pronostic et traitement de la — hydatiforme.....	285, 293
Mort. Traitement de la — apparente du nouveau-né.....	64
La — par les brûlures graves étendus.....	268
De la — subite dans la pleurésie à épanchement moyen..	353
Muguet. Traitement du — par le suçon boriqué.....	443
Muset. Le signe de —.....	4
Myoclonie épileptique.....	79
Myoclonie du type Bergeron chez un hystérique dégénéré.	423
N	
Nerveux (système). Comment agit le — dans les infections..	11
Nerveux (centres). Sur les lésions des — consécutives à l'élongation des nerfs périphériques et craniens.....	366
Néphrite. De la — subaiguë au cours de la syphilis secondaire	255
Le bruit de galop dans la — interstielle.....	267
Rôle du plexus rénal dans les —	298
Névrites. Des — post-opératoires ; étiologie et traitement..	122
Naso-pharynx. Maladies du — en pédiatrie.....	143
Névropathies. Rapport entre la tuberculose et les —.....	88
Neurasthénie. Traitement de la—	247
Nourrices. De la thérapeutique chez les — dans ses rapports avec la sécrétion lactée.....	414
Nutrition extra-buccale.....	77
O	
Œdème. Pathogénie de l'— pulmonaire aigu.....	59
De l'— aigu du poumon... 66, 73	
Rôle du plexus rénal dans la pathogénie de l'— brightique etc.....	298
Œsophage. Cancer de l'—, voir cancer.	
Obsessions. Contribution à l'étude des— et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés au point de vue médico-légal.....	88
Obstétrique. Règles précieuses à suivre en —.....	104
Oculline.....	371
Ombilic. Les infections ombilicales chez le nouveau-né.....	22
Opium et décoctions de farine d'avoine chez l'enfant	455
Ophthalmie. Le traitement de l'— purulente.....	237
Oreille. Diagnostic et traitement de la pyohémie otitique.....	149
Higiène de l'—	452
Orteils. Sur les phénomènes des— De la douleur des — dans la convalescence de la fièvre typhoïde.....	87, 292
Arthrites métatarso-phalangiennes du gros —	449
Ostéomyélite de l'os iliaque.....	91
Otite. Traitement de l'— furonculaire.....	329
Ovaires. Sur les hémorragies utérines dans la dégénérescence scléro kystique des —.	76
Oxyures. Traitement des —	451
P	
Pachyméningite. Cytodiagnostic de la — cervicale hypertrophique	386
Pancréatite chronique	179
Pamphigus	262
Paraldéhyde. Quelques faits relatifs à la —	407
Paralysie. Traitement de la — agitante	108
Traitement de la — obstétricale du bras chez un nouveau-né	135
Parturientes. Des injections co-cainiques lombaires chez les—	269
Penis. La cavernite lymphangite du —	12
Périarthrite scapulo-humérale	91
Péricarde. La voie xiphoidienne pour aborder le —, etc.	166
Périnée. De l'ampliation du — et de la vulve en obstétrique. Intégrité du —	439
Péritoine. Tuberculose du — chez les enfants	54
Péritonite à pneumocoques chez l'enfant	359
Phlegmatia. Sur un nouveau traitement de la — alba dolens puerpérale	13
Phlébite. Embolie pulmonaire et —	197
Un nouveau procédé opératoire	

toire des varices et de la — variéuse 330	dans la toux 228	fant au point de vue des com- plications cardiaques 125
Phosphaturie terreuse des dys- peptiques 250	Prématurés, Alimentation des— 48	Le traitement du — articu- laire aigu franc par le massage au pétrole 287
Phtisie. Un signe précoce de la — chez l'enfant 71	Prépuce. L'étréitesse préputiale chez les nourrissons 152	Rétroversion, voir utérus.
Le cure du repos chez les phtisiques 100	—, Que devons-nous en faire? 352	Rinite purulente des enfants, cause d'infection de l'adénite cervicale 394
Pilore. L'action thérapeutique de grandes doses d'huile d'oli- ve dans les sténoses organiques et spastiques du —, etc 113	Prostate. Les abcès blennorrha- giques de la — et leur traite- ment 389	Rotule. La suture dans les frac- tures de la — 157
Piqûres. Traitement des — de moustiques 302	Prostatite. Traitement de la — chronique par le massage 158	Rougeole. Un signe précoce de la — 5
Placenta. Ponction sécrétoire du— 252	La réaction prostatique dans les cas de — chroniques 172	S
Plaies. Traitement des — infec- tées 61, 67	Prurit. Traitement du — par la chaleur 109	Saignée dans le coup de chaleur 36
Drainage des — 79	Pathogénie et traitement du — vulvaire 258	Médication de la — 60
Traitement des — infectieuses 236	Psoïtis. Les formes bénignes de— 157	Sanatoria. Que faut-il penser des —? 20, 27
Pleurésie infantile 54	Psychoses de la puberté 92, 100, 109	Le — au point de vue profes- sionnel 124
Traitement des — purulentes aiguës 133	La — hallucinatoire aiguë 115	Sang nicotinisé 156
La — purulente du nouveau- né et du nourrisson 144	Pyelo néphrite pendant la gros- sesse 223	Santé publique. Sur les domma- ges apportés à la santé—par les pratiques des magnétiseurs, sorcières, etc. 118
Le pleuro typhus et les — typhiques 341	Pyohémie. Diagnostic et traite- ment de la — otitique 149	Salophène dans les tranchées utérines 269 271
De la mort subite dans la — à épanchement moyen 353	Q	Scapulo-humérale. La périar- thrite — 91
Pleurésie sero-fibrineuse chez le vieillard 260	Quinine. Applications thérapeu- tiques des propriétés vaso- constrictives de la — 237	Scarlatine. Erythème scarlatini- forme dû aux injections sous- cutanées de cacodilate de soude 5
Pleuro-pulmonaire. Point de côté dans les affections — aiguës de l'enfance 395	R	Oncion à l'ichtyol dans la— 359
Plèvre. Bruit de frottement pleural et moyen de le pro- duire 121	Rachitisme. Réfutation des di- verses théories de la pathogé- nie du — ayant cours actuel- lement; exposé de la théorie infectieuse 102	La — et l'isolement dans les collèges 370
La voie xiphoidienne pour aborder le péricarde et le cul- de-sac antérieur de la — 166	Recherches microscopiques et nouvelles observations sur le — fœtal 111	Scoliose par adénoïdes 11
L'eau oxygénée dans les fistu- les pleurales 172	Râles cr'pitants perçus à dis- tance 36	Traitement de la — grave des adolescents 159
Plomb. Empoisonnement par le— 301	Rectum. Prolapsus du — chez l'enfant 86	Sein. Cancer du —, voir cancer.
Pneumonie. Traitement de la— par la levure de bière 14	Actinomycose ano-rectale 251	Septicémies. Traitement des — d'origine utérine 224
La — pendant la grossesse 357	Réflexes cutanés et— tendineux 114	Des différentes formes de — buccale 436
Le traitement de la — par le sérum antidiphthérique 411	Règles, voir menstruation.	Sérodiagnostic 148
Point du côté abdominal dans les affections pleuro-pulmo- naires aiguës de l'enfance 395	Rein. Forme clinique de la sy- philis du — 7, 15	Le — de la tuberculose 220
Polyarthritisme. Etiologie et trai- tement de la — idiopathique 275	Du traitement de la lithiase rénale par la glycérine 46	Sérum artificiel en chirurgie 29
Poplites (vaisseaux), voir vaisseaux.	Diagnostic de l'insuffisance rénale 51	De la transfusion du — artifi- ciel 46
Poumon. Pathogénie de l'œdè- me pulmonaire aigu 59	Épreuve du bleu de méthylène et perméabilité rénale 274	Sur la nature et l'essence de toxicité du — du sang à l'état normal et pathologique 126
De l'œdème aigu du — 66, 73	Perméabilité du — sain ou malade à la caséine 275	Le — artificiel dans la fièvre typhoïde, etc. 275
Accidents pulmonaires infec- tieux du cancer de l'estomac 188	Du rôle du plexus rénale dans la pathogénie de l'œdème brightique et de quelques syndromes des néphrites 298	Les injections de — artificiel dans le traitement général de la fièvre typhoïde 277
Embolie pulmonaire et phlébite 197	Rétention d'urine traitée par les injections intra-urétrales de cocaine 28	Traitement des tumeurs ma- lignes par le — anticellulaire de Wlaëff 299
Tuberculose pulmonaire, voir tuberculose.	Rétrécissement de l'urètre, voir urètre.	Le — gélatiné en gynécologie 350
Des congestions pulmonaires non tuberculeuses localisées au sommet et simulant la tuber- culose 403	Rhumatisme. Du salicylate de méthyle administré à l'inté- rieur en doses massives contre les — articulaires 85	Les — artificiels 420
Des abcès dysentériques tar- difs du foie et du — 411	Sur la gravité du — chez l'en- fant 228	Sexuelle. Hygiène — 23
Pouls intermittent 220		Sigmoïde. Ulcère de la cour- bure — 88
Le — paradoxale respiratoire		Sonde. La—vésicale à demeure 54
		Soude. Les compresses de bicar- bonate de — chez les enfants 455

Traitement de la cystite chronique par le gargarisme de l'urètre postérieur	292	Voile du palais. Destruction syphilitique du —	213	vulvaires par l'acide phénique pur	406
Vertige et syncope d'origine vésicale	364	Vomito negro appendiculaire	306	De l'ampliation du périnée et de la — en obstétrique	439
Cancer de la —, voir cancer.		Vulve. Hématome de la —, voir hématome.			
Voies digestives. Hémorragies névropathiques des —	233	Pathogénie et traitement du prurit vulvaire	253	W	
		Du traitement des végétations		Williamson. Réaction de —	112

Formulaire.

Alopécie. Formules et lotions existantes à employer dans les—	80	ErectionLe salicylate de méthyle dans les—douloureuse	40	Protatite. Suppositoire contre la —chronique	24
Aménorrhée. Formule contre l'—	312	Erythème des fesses chez les enfants	48	Palpitations voir cœur.	
Anémie. Contre l'—chez les chlorotiques	324	Escares. Enduits pour prévenir les—	40	Phosphore chez les enfants rachitiques	304
Anesthésie générale	40	Exzema. Pommade contre l'enthertrigo et l'—aigu	216	Piqûres. Traitement des—d'insectes	80
Angine. Mixture pour badigeonnage contre l'—scarlatineuse des enfants	32	Fièvre typhoïde. L'eau sulfo-carbonée dans le traitement de la—	455	Potion Expectorante et calmante	160
Arterio sclérose. (cardiopathie dans l'—	282	Intertrigo. Pommade contre l'—et l'exzema aigu	216	Rachitisme. Le phosphore chez les enfants rachitique	304
Bains médicamenteux	208	Intestin. Pour l'antisepsie intestinale	324	Traitement du—	396
Blennorrhagie. Contre la dysurie blennorrhagique	96	Insomnie chez les enfants	200	Scarlatine. Mixture pour badigeonnage contre l'angine scarlatineuse des enfants	32
le Bleu de méthylène dans l'urétrite Blennorrhagique	420	Lavement alimentaire	444	Scrofulo-tuberculose. Traitement de la—	256
Blépharite. Dans la—	324	Liniment calmant	32	geonnage contre l'angine scarlatineuse des enfants	32
Bromoforme et chloroforme	72	Météorisme. Mixture contre le —intestinal chez les enfants	295	Sel d'epsom	112
Bronchite. Formule contre la—des enfants	280	Menstruations, mélange contre les douleurs prémenstruelles	396	Sueurs contre les—des phtisiques	136
Bronchorrhée. Dans la—	324	Morphinomanie. Traitement de la—	272	Contre les—profuses des mains	160
Cancer. Traitement du—	48	Né, hrite aiguë	288	Terreur nocturne chez les enfants	200
Cardiopathie dans l'arterio sclérose	232	Obésité. Les frictions iodurées dans le traitement de l'—	280	Tuberculose. Vin tonique pour les tuberculeux	104
Cœur Leseratum dans les palpitations du—	324	Odontalgique (solution)	432	Uréthane. Formule de l'—	408
Cloroforme et Bromoforme	72	Otorrhée. Solution contre l'—chronique	444	Vin tonique pour le tuberculeux —créosote composé	360
Coryza. Lotion contre le—chronique	160	Oreillons	152	Vomissement. Cocaine dans les —de la grossesse	224
Diarrhée infantile	208	Pelades	64	Zona. Traitement du —	64
Elixir polybromuré	396	Phtisie. Traitement de la—	48	Traitement du — par les pansements à l'acide picrique	64
Engelure. Pommade contre les—	184	Contre les sueurs de la—	136		
Eponges. Un procédé sur la stérilisation des—	432				

Nouvelles et Variétés.

A nos lecteurs	1,313	Erratum.	456	Tarif médical par M. le Dr L.-A.	
Bibliographie 16 (Carabinades); 112, 168, 176, 207, 240, 272, 304, 336, 444.		Médecins. Les grands et les petits—	239, 248	Fortier	80
Bill Roddick par le Dr L.-J.-O. Sirois	231	Nécrologie. Dr Norbert Fafard	9	2ème lettre	95
Convention médicale du district du Lac Saint-Jean et de Chicoutimi	174	Dr A. P. Brosseau	161	3ème lettre	114
Correspondances par M. le Dr J.-C.-S. Gauthier	191	Dr Ollier, Bergeron et Potain	240	4ème lettre	120
par M. le Dr S. Floersheim	238	Nourrice	295	5ème lettre	195
		Société médicale de Montréal		Un art en train de se perdre	59
		Rapport par M. le Dr B. Rheau. 263, 287, 302, 322, 384.		Questions et Reponses	
		Société médicale Français du New-Hampshire	395	Q. I, II, 176, III, IV, 192 V, VI, VII, 240	
				R. I, 192, II 200, III 208, VII, 248, VI, 264	