

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE A MONTRÉAL

Vol. VI

JUILLET 1900

No. 12

LE PRIX SAMUEL D. GROSS

Jetant les yeux sur une lettre circulaire adressée aux journaux de médecins, je vois qu'il y aura à Philadelphie, en 1901, mois d'octobre, un concours pour un prix de mille dollars. Le prix sera donné à l'auteur du meilleur travail sur un sujet de pathologie ou de pratique chirurgicale. Pour y avoir droit, il faut être citoyen américain, et le travail ne doit pas être fait en collaboration.

.

Cette courte note m'a rendu songeur. Non qu'elle soit extraordinaire, au contraire, il ne se passe guère de semaine sans qu'on en lise d'analogue dans les journaux américains. Les détails varient, le fond est le même : une somme laissée à une université dans le but d'encourager l'enseignement médical.

Et je me disais combien est différent l'état d'esprit de notre population française dans la province de Québec.

En effet, nous avons une université nationale, chacun sait qu'elle manque des fonds suffisants pour accomplir l'énorme tâche qui lui incombe, et à peine si elle a reçu jusqu'aujourd'hui deux dous de quelque valeur.

A quoi cela tient ?

La plupart vous répondra que les Canadiens n'ont pas à leur disposition des fortunes comme en possèdent nos voisins, les Américains, ou nos compatriotes d'origine anglaise.

Je le sais aussi bien que personne, mais là n'est pas la véritable raison.

On accuse encore nos canadiens riches de laisser leur fortune à d'autres institutions qui, pour respectables qu'elles puissent être, ne sauraient rendre au pays les services que nous sommes en droit d'attendre de notre université, et l'on a raison.

Mais à qui la faute, si l'on songe si rarement à notre Université Laval ?

Hélas, je le dis avec regret, et je prie qu'on me pardonne, la faute en est à la profession médicale, à nous, médecins, qui, sortis de l'université, et bien que reconnaissant et regrettant l'infériorité financière de notre université nationale sur la voisine anglaise, nous en désintéressons. Ce désintéressement, il est coupable au plus haut point. Il constitue un manque de patriotisme des plus dange-reux pour notre nationalité, et des plus regrettables.

Médecins, ce n'est pas parce que nous avons quitté ses salles d'enseignement que nous avons droit de nous désintéresser de l'université et de l'enseignement médical. Je sais bien que l'humaine tendance est de rejeter le fardeau sur ceux qui ont assumé la tâche de le porter. Mais obéir à cette tendance c'est se montrer lâche et manquer de patriotisme. Car, la cause de notre université, c'est la cause de notre race, chacun le comprend. Et lorsque le pays a besoin de nos efforts et de notre dévouement, nous n'avons pas le droit de nous abstenir, de lever les épaules avec découragement, et de nous " en laver les mains."

Mais puisque nous comprenons que l'avenir de notre université est intimement lié à celui de notre race elle-même, à nous de travailler avec courage à son avancement, à sa prospérité.

La tâche, d'ailleurs, en sera facile. Il suffit de vouloir, d'avoir la conviction que nous remplissons un devoir et tout ira bien.

Le médecin n'a-t-il pas en général l'amitié, l'estime et la confiance de ses malades ? Dès lors, quoi de plus facile que de faire passer dans l'esprit de ces derniers ses propres convictions ? Une heure employée, de temps à autre, à combattre pour la bonne cause fera un bien incalculable.

Mais il est important de trouver les bons arguments, ceux capables de renverser les objections que l'on nous fera à chaque instant.

L'une des plus usitées, c'est que les fortunes canadiennes sont rares et pas très grandes et que, dès lors, on ne saurait donner des cent mille dollars. Il semble qu'on ait tout dit lorsqu'on a répété cette phrase qui sert de maxime et derrière laquelle on s'abrite. Ne pouvant donner des sommes énormes, on ne donne rien. A nous de montrer la fausseté d'un tel raisonnement. Sachons faire comprendre que si nous ne sommes pas très riches, nous sommes assez nombreux, et que de petites sommes données souvent finissent par en faire de grandes. Sachons faire comprendre que celui qui laisse cinquante mille dollars à cinq ou six héritiers, ne priverait pas beaucoup chacun d'eux en donnant mille dollars à l'université.

Qu'ainsi faisant, il mériterait de son pays, et que sa mémoire serait honorée.

De même celui qui laisserait dix mille dollars pourrait bien, sans nuire à ses héritiers, en donner deux cents à l'université, et faire un acte du plus pur patriotisme. Et je ne parle que de ceux qui laissent des héritiers directs. La partie sera plus belle encore lorsque l'héritage doit se diviser entièrement en œuvres de bienfaisance. A nous de bien faire comprendre que de toutes ces œuvres, celle de l'université est la plus importante, la plus patriotique, celle dont les bienfaits seront les plus grands dans un avenir rapproché.

Ces demandes ne sauraient paraître exagérées, étant si modestes, et pour peu qu'elles soient écoutées, nous verrons bientôt notre université prospérer.

Et la générosité comme la peur, le rire et l'avarice étant contagieuse, peut-être aurons-nous la bonne fortune d'observer un jour une épidémie de legs au cours de laquelle il ne saurait manquer de se produire des cas graves, (mettons dix mille piastres), et nous aurons la joie de voir notre université française s'enrichir.

Et c'est la grâce que je lui souhaite.

A. DE MARTIGNY.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Hôpital Saint-Louis.—M. Gaucher.

LA GALE:

HISTORIQUE. — PARASITE. — SYMPTOMATOLOGIE.

Après avoir achevé l'étude des dermatoses d'origine végétale, nous commençons aujourd'hui l'étude des dermatoses parasitaires d'origine animale; la plus importante de ces dermatoses c'est la gale.

C'est une affection cutanée due à la présence dans la peau d'un parasite appelé sarcopte ou acare (*acarus scabiei*): les deux termes sont synonymes. Aujourd'hui, la notion parasitaire de la gale semble être une notion banale, mais il n'en a pas toujours été ainsi, et il n'y a pas bien longtemps que cette notion est bien établie. Cependant la lésion parasitaire avait été admise autrefois, au douzième siècle, par les médecins arabes, on avait assimilé le parasite aux cirons. Au moyen-âge, Guy de Chauliac et Ambroise Paré (seizième siècle) en parlent, mais cela paraît être, d'après leurs écrits, une notion très vague. Plus tard, au dix-septième siècle, un médecin de Florence, Cosimo Bonomo, semble avoir connu le parasite, il le décrit avec ses lésions, son siège et même son traite-

ment par le soufre. Au dix-huitième siècle, Linné le décrit également et le classe au point de vue zoologique.

Cependant les dermatologistes ou ignoraient l'existence de l'acare ou niaient ses rapports avec la gale, et non-seulement Mercuriali, au dix-septième siècle, mais plus tard Willan et Bateman et tous les autres dermatologistes, même Français, au commencement du dix-septième siècle, considèrent la gale comme une maladie de cause interne, une maladie humorale.

En 1812, Galès, pharmacien à l'hôpital Saint-Louis, crut avoir découvert le parasite de la gale ; sa découverte fut reconnue erronée notamment par Raspail (1).

C'est seulement en 1834 qu'un étudiant en médecine corse, Renucci, apprit aux médecins de Saint-Louis que le parasite existait dans la peau, qu'on pouvait l'extraire au moyen d'une épingle et il apprit aussi que c'était là une notion vulgaire dans son pays. Ainsi, c'est comme paysan qu'il a montré ce que les dermatologistes n'avaient pas vu.

Le parasite de la gale est un arachnide, de l'ordre des acariens. Il possède quatre paires de pattes, comme tous les arachnides. Il est de coloration blanchâtre, brillant, arrondi, ressemblant à une tortue. On peut le voir se mouvoir à l'œil nu, mais mieux sur une feuille de papier ou sur une lamelle de verre. Il est petit : la femelle, plus grande que le mâle, a $\frac{1}{3}$ de millim. de longueur et $\frac{1}{4}$ de millim. de largeur. Le mâle a $\frac{1}{4}$ de millim. de longueur et $\frac{1}{6}$ de millim. de largeur. Quand on regarde cet animal à la loupe, on voit qu'il est hérissé de poils et d'épines et qu'il présente en même temps des stries transversales. En effet, les deux faces de l'animal sont convexes et les stries existent sur les deux faces, mais ce n'est que sur la face dorsale que l'on voit les épines et les poils. Sur la face ventrale, on trouve les pattes, mais ces pattes diffèrent chez le mâle et chez la femelle. Chez le mâle, les deux premières paires et la quatrième paire sont terminées par une ventouse, la troisième par un poil. Chez la femelle, les ventouses existent seulement aux deux premières paires, la troisième et la quatrième paires sont terminées par un poil. Si on examine l'acare de plus près, on voit une extrémité antérieure qui se voit même à l'œil nu, car elle est plus foncée ; à cette extrémité antérieure se trouve la tête ; l'anus et les organes génitaux se trouvent à l'extrémité postérieure.

(1) La découverte de Galès a été très discutée. Voici, à son sujet, l'opinion de MM. Besnier et A. Doyon : " La grandeur et la décadence de Galès, élève en pharmacie à l'hôpital Saint-Louis, seraient extrêmement intéressantes à raconter. Nous vous en dirons seulement qu'à notre sens, il n'a jamais été démontré pertinemment qu'il eût été véritablement, comme on l'a dit et répété, un imposteur. Assurément, il a donné un dessin erroné de l'acare de la gale, mais cela prouve-t-il qu'il ne l'ait pas vu réellement ? Ne s'est-il pas donné la gale par le transfert d'un acare ? A-t-on démontré que les enfants auxquels il a transmis expérimentalement la gale, l'avaient contracté autrement ? En fait, il était dans le vrai en signalant la différence qui existe entre les affections psoriques et les affections psoriformes, et en écrivant que " le moyen le plus sûr de guérir la gale est de détruire l'insecte qui la produit ", et tous ses détracteurs restèrent dans l'erreur jusqu'à la démonstration de Renucci... Rien ne prouve qu'il n'ait pas extrait des acares de l'épiderme des galeux, et qu'il n'ait pas démontré la transmissibilité de la maladie par le parasite. La supercherie, l'imposture dont on l'accuse traditionnellement, ne sont pas démontrées."

Un mot maintenant de la biologie du parasite, car c'est le point le plus intéressant pour nous. Il y a donc des mâles et des femelles, ils n'ont pas tous le même habitat : les mâles restent à la surface de la peau, où ils fécondent les femelles. Leur existence est d'ailleurs éphémère, et cela pour deux raisons : 1. ils restent sur la peau, mais par le frottement, le grattage, ils tombent facilement ; 2. après la fécondation, leur rôle est fini, ils n'ont plus rien à faire et ils disparaissent.

Les femelles sont beaucoup plus nombreuses que les mâles, et ce sont elles qui pénètrent dans l'épiderme, une fois fécondées. Elles déchirent alors la couche cornée de l'épiderme avec leurs mandibules et pénètrent dans la profondeur de cette couche cornée, elles restent donc, comme vous le voyez, très superficiellement et elles ne vont pas dans le corps muqueux de Malpighi ni dans le derme. La femelle, arrivée dans la couche cornée, se meut, progresse et creuse une sorte de souterrain, de galerie, où elle pond ses œufs, sans pouvoir retourner en arrière à cause de la disposition de ses poils qui l'empêchent de reculer. Quand elle a pondu un certain nombre d'œufs, son rôle est terminé, elle meurt. Il reste donc les œufs.

Quels sont leurs caractères ? Ils sont ovalaires comme tous les œufs ; leurs dimensions sont de 15 à 16 centièmes de millimètres de longueur sur 10 centièmes de millimètres de largeur. D'ailleurs, ils éclosent très rapidement, et le jeune animal qui en sort existe d'abord à l'état de larve, puis de nymphe. Les larves ressemblent à des vers, puis peu à peu les pattes leurs poussent et il y a alors des nymphes dont les sexes sont déjà différenciés. Les petites sont des mâles, les grandes des femelles. Elles acquièrent des organes génitaux et deviennent des adultes. Par le grattage, la couche épidermique de la peau a disparu et les nymphes, devenues adultes, se trouvent par ce fait même à l'extérieur, à la surface de la peau. Alors les nouvelles femelles sont fécondées par les mâles, ceux-ci succombent, les femelles pénètrent dans l'épiderme et un nouveau cycle recommence.

La cause de la gale est donc le parasite et c'est par lui que se transmet la maladie, que se fait la contagion. Mais la transmission ne se fait que dans certaines conditions. C'est ainsi que nous pouvons donner la main, être en contact le matin avec des galeux sans contracter la gale ; en effet, d'abord le sarcopte est un animal noctambule, il faut donc un contact nocturne pour contracter la gale ; de plus, il faut un contact prolongé en raison même du siège de la femelle sous l'épiderme. Ce n'est pas toujours avec un galeux ou une galeuse que l'on contracte la maladie, quelquefois il suffit d'un vêtement ayant appartenu à un galeux ou des objets de literie, des draps de lits pour la contracter, et les hôtels où les draps de lit ne sont pas changés sont à ce point de vue de très bons milieux pour recueillir la gale. C'est ce qui vous explique la fréquence plus grande de la gale chez les pauvres que chez les riches, à cause de l'hygiène que ces derniers suivent, et la fréquence plus grande en hiver qu'en été, parce qu'en hiver les malheureux se rassemblent, s'agglomèrent, sont en contact les uns avec les autres. Cette fréquence est très nette et on la constate très facilement à Saint-Louis

où le nombre des frottes en hiver est beaucoup plus considérable qu'en été.

Voilà donc la gale de l'homme, mais elle existe également chez les animaux domestiques, chez le chien, le cheval, le chat, la brebis, et je vous présenterai à la fin de cette leçon un malade qui a contracté la gale du cheval. Il semble que le parasite de ces animaux est d'une espèce différente, mais le fait est que ces gales sont moins tenaces, moins rebelles que la gale de l'homme, c'est-à-dire que les acares de ces animaux vivent plus difficilement sur l'homme, que la gale déterminée par eux guérit plus facilement, plus vite que la gale d'origine humaine.

J'arrive à la partie la plus importante pour vous : c'est la symptomatologie. C'est une maladie fréquente que la gale et c'est une maladie souvent méconnue, surtout au début, car au moment où les acares sont encore à la surface de la peau, les symptômes ne sont pas caractéristiques : il y a du prurit, des plaques rouges fugaces, paraissant à certains endroits, disparaissant à d'autres, donnant l'impression de l'urticaire, en somme rien de caractéristique, je vous le répète, si ce n'est que *le prurit existe surtout la nuit*, il n'y a pas de sillon encore, mais on peut soupçonner la gale rien que par le prurit. Celui-ci, d'ailleurs, est différent suivant les individus : il est très intense chez les névropathes et chez les alcooliques ; chez d'autres, au contraire, comme les hystériques anesthésiques, il n'y a pas de prurit et on a signalé des cas de gale sans prurit.

Au bout de quelques jours, la lésion caractéristique de la gale se montre et cette lésion caractéristique c'est le sillon visible sur la peau. Quels sont les caractères de ces sillons ? Ces sillons ont des sièges particuliers, mais j'ajoute immédiatement qu'ils sont toujours accompagnés d'irritation due soit à la présence même du sarcopte, soit au grattage, mais c'est le sillon qui est caractéristique, c'est lui qu'il faut rechercher.

Quels sont ses sièges les plus importants ? Ce sont les doigts, les espaces interdigitaux, les mains, la partie antérieure des poignets, quelquefois la paume des mains, les avant-bras, plus rarement les bras, la partie antérieure des aisselles, les cuisses, le ventre, plus souvent les organes génitaux. Chez l'homme, c'est la verge où on trouve le corps du délit ; chez les femmes, souvent, ce sont les seins qui sont pris ; chez les enfants, chez les nourrissons, ce sont les pieds, le dos, la plante des pieds et les malléoles. Pourquoi ces sièges d'élection ? Pour les adultes, ces sièges s'expliquent aisément, soit parce que les parties atteintes sont des parties découvertes (mains, poignets), soit parce que les parties sont inoculées secondairement par celles qui sont les premières atteintes ; ainsi les hommes ont des raisons diverses pour porter leurs mains aux organes génitaux, et les femmes ont une tendance à porter leurs mains aux seins. Mais pour les enfants ? Eh bien, le siège particulier de la gale chez eux est dû au contact fréquent de la nourrice avec leurs pieds pour les nettoyer.

Suivant les régions, les sillons présentent quelques différences. D'abord, à la main et aux poignets, c'est une petite ligne grisâtre incurvée en croissant ou en fer à cheval, quelquefois en S, quelque-

fois formant plusieurs demi-cercles successifs. D'ailleurs, la coloration des sillons est plus ou moins différente suivant l'état de propreté, suivant qu'il y a plus ou moins accumulation de poussières atmosphériques, mais, dans tous les cas, les sillons sont légèrement noirs. A la loupe, sur des sillons intacts, ce qui ne se rencontre pas souvent d'ailleurs, on voit que l'une des extrémités du sillon semble être une petite éraillure, une effraction de l'épiderme, l'autre extrémité au contraire est une petite saillie, une petite papule blanche. La première est la porte d'entrée du sarcopte femelle, l'autre est l'endroit où le sarcopte s'est arrêté et la coloration blanche n'est pas due à autre chose qu'au parasite lui-même dont la coloration transparaît à travers l'épiderme. Quand le sillon est intact, ce qui, je le répète, n'est pas fréquent ; c'est cette saillie qu'il faut percer pour en retirer l'animal qu'on peut ainsi examiner. C'est là où l'étudiant Renucci a piqué la peau pour en extraire le parasite et le montrer. Quand le sillon est compliqué d'éruption vésiculeuse ou pustuleuse, le sarcopte se trouve dans le paroi de la vésicule ou de la pustule, mais jamais il ne baigne dans le liquide.

Nous avons vu les caractères du sillon sur les poignets et les mains, voyons maintenant ses caractères dans les autres régions. Aux pieds, c'est comme aux mains ; mais sur les bras, au devant des aisselles, sur les cuisses, le ventre, les sillons sont plus courts, plus rectilignes, ils sont beaucoup moins foncés, moins noirs, car ils sont là protégés par les vêtements ; de même pour les organes génitaux.

Voici, Messieurs, le malade dont je vous ai parlé et qui est atteint de gale qu'il a contractée du cheval, c'est une contagion très rare, que nous ne voyons pas ou presque pas, mais qui existe. Ce malade présente, comme vous le voyez, des lésions galeuses siégeant aux mains et aux organes génitaux, avec des lésions eczémateuses surajoutées sur les avant-bras et les bras. Il avait un prurit intense, prurit surtout nocturne, et c'est d'après ce prurit qu'on a été porté à faire une enquête et qu'on a appris qu'il maniait des chevaux qui avaient la gale.

Foeticide-Thérapeutique

Voilà, pour le praticien, une question de la plus haute importance et, dans ces derniers temps encore, souvent débattue sans jamais être réglée définitivement.

En face d'une femme enceinte qu'on ne peut sauver qu'en tuant l'enfant qu'elle porte et dont elle ne peut accoucher autrement, que faut-il faire ? Question grave au plus haut point, car on se trouve dans la terrible alternative de sacrifier la mère ou l'enfant. Pour guider sûrement la main de l'accoucheur, aucune règle absolue n'existe encore d'après laquelle il puisse agir en toute paix de conscience.

Et c'est pourquoi il nous a paru tout indiqué de reproduire en entier l'étude publiée sur ce sujet dans la *France Médicale*, non par

un médecin, mais par une des lumières du barreau français, par monsieur Léon Prieur, avocat à la Cour d'Appel à Paris :

“ Quand, au cours d'une grossesse, il semble évident au médecin que l'accouchement ne pourra se faire qu'en sacrifiant soit la mère, soit l'enfant, et qu'il n'existe aucun moyen de les sauver tous les deux lequel des deux le médecin doit-il se résoudre à sacrifier ?

“ Question au premier abord angoissante, comme toute alternative dont l'une et l'autre porte donnent sur la mort, et dont le premier mouvement—humain dans sa lâcheté,—serait de se tirer par l'abstention, par le laisser faire de Ponce-Pilate. Et cependant le médecin, sous peine d'un déni de médication aussi moralement répréhensible qu'un déni de justice, doit se prononcer ! A l'heure où le problème se pose à sa conscience, l'embryotomie c'est-à-dire le sacrifice du fœtus, se présente comme le seul moyen de sauver la mère ! Pratiquera-t-il l'embryotomie ? Cent mille bouches que vous entendez comme moi crieront oui ! M. le professeur Pinard, s'écrie non ! Et à ce non, longuement commenté par lui dans sa leçon de réouverture faite à la Clinique Baudelocque le lundi 6 novembre dernier, M. le professeur Pinard donne l'ampleur, l'énergie et, je puis dire, la surnaturelle impériosité d'un article de foi !

“ Pour moi, dit-il, l'accoucher n'EST LE DROIT, ni moralement, ni légalement, ni scientifiquement, de pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant... Le droit de l'enfant à la vie est un droit imprescriptible et sacré que nulle puissance ne peut lui ravir.

“ Ainsi donc, M. le professeur Pinard estime que, devant le fœticide se dresse une triple barrière, celle de la Morale, celle de la Loi, celle de la Science.

“ Nous allons voir quelle résistance cette triple barrière nous oppose :

“ Prenons d'abord la Loi ! Il est évident que le fœticide ne tombe sous aucune de ses dispositions ni pénales ni civiles. La loi prévoit deux crimes sur l'enfant : celui d'infanticide et celui d'avortement ! Or, l'infanticide (art. 300 du Code pénal) suppose un nouveau-né, tandis que fœticide n'atteint qu'un fœtus, qu'un être qui peut ne pas naître ! L'avortement (article 317) suppose sur le fœtus in utero une intervention spontanée, destinée à supprimer secrètement et dans une intention criminelle le produit gênant d'une grossesse. Le fœticide, dans notre espèce suppose au contraire une intervention nécessitée par la force majeure qui résulte du danger couru par la mère et du conflit de sa viabilité avec celle de l'enfant. La force majeure efface ici la criminalité. Le fœticide diffère donc de l'avortement puni par l'article 317 par l'absence d'intention criminelle.

“ Certains jurisconsultes voudraient même qu'il en différât par l'époque à laquelle il intervient ! Le mot *avortement* d'après son étymologie, et d'après la définition qu'en donne Tardieu, — c'est, à l'égard du fœtus, une intervention volontaire et *prématurée* ; c'est-à-dire qui s'accomplit tant que le travail naturel de l'accouchement n'a pas commencé. Le fœticide au contraire suppose une intervention, qui vient à son heure, concomitante avec le travail naturel de

la délivrance. En d'autres termes le foeticide suppose un enfant *naissant*, tandis que l'infanticide suppose un enfant *déjà né* et que l'avortement suppose un enfant qui *peut naître*.

"Le foeticide, même abstraction faite de toute considération d'intention, ne réunirait donc, pas les conditions matérielles de l'avortement, si on voulait prendre le mot avortement dans son sens strict. Il y aurait donc, entre l'avortement et l'infanticide, un laps de temps où la loi écrite pourrait être considérée comme laissant l'enfant sans protection.

"Le foeticide, même criminel, ne saurait dans cette théorie tomber sous le coup de la loi pénale, qui ne l'a pas prévu.

"Mais supposons (comme semblent le vouloir l'équité et, à défaut de texte précis, l'esprit du législateur), supposons, dis-je, que le foeticide soit une modalité de l'avortement prévu par l'article 317—la force majeure, dans notre espèce, efface, nous le répétons, le caractère criminel de l'acte.

"Pour comprendre la situation légale du médecin, il faut se rappeler comment Nœgelé, en 1826, et après lui Cazeaux en 1852, justifiaient pour la mère le droit de sacrifier l'existence de son enfant au salut de son existence propre. La mère, disaient-ils, est en état de *légitime défense*.

"L'article 328 du Code pénale édicte en effet qu'il y a ni crime ni délit 'lorsque l'homicide, les blessures et les coups sont commandés par la nécessité actuelle de la légitime défense de soi-même ou d'autrui.'

"C'est-à-dire que placée dans l'alternative de se sacrifier elle-même ou de sacrifier l'enfant, la mère se trouve dans la situation d'une victime sous le coup d'une agression. Peu importe que l'agresseur soit un fou, un animal, un enfant, un être conscient ou inconscient ; un être responsable ou non : la victime puise, dans la nécessité de sauver sa vie, le droit de sacrifier celle de l'agresseur quel qu'il soit. Dans l'anormale grossesse, l'agresseur inconscient, c'est l'enfant qui met les jours de sa mère en danger ; la mère victime a donc le droit de le sacrifier.

'Eh bien ! le médecin accoucheur bénéficie du même droit que la mère. Certes ce ne sont pas ses propres jours que la présence de l'enfant met en danger. Mais l'article 328 ne parle point que de la légitime l'agression du même droit et de la même impunité que la victime. Au nom de la solidarité humaine ; poussé non plus par l'égoïste instinct de la conservation personnelle, mais par l'instinct altruïste et plus élevé de la conservation de la race, il a le droit d'intervenir. Le médecin spectateur de l'évolution de la grossesse, c'est-à-dire de l'agression de la mère par l'enfant, a le droit de sacrifier l'agresseur pour sauver la victime, a le droit de tuer le fœtus pour sauver la mère.

Je sais bien qu'en 1852, à l'Académie de médecine, lors de la fameuse discussion où Cazeaux se fit l'héroïque champion de la légitime défense de la mère, il se trouva un académicien, Bégin, pour retourner la proposition et déclarer que dans la grossesse, c'était l'enfant et non la mère qui jouait le rôle de victime.

"Ce n'est pas l'enfant qui s'est emprisonné, disait Bégin, et

s'il pouvait plaider sa cause, ne serait-il pas en droit de plaider sa libre sortie, en laissant retomber sur ceux qui l'ont incarcéré les conséquences possibles de l'ouverture de la prison ?

“ Je passe sur la forme métaphorique et redondante de la phrase dont l'époque est plus responsable que l'orateur, et je n'en retiens que le sens ; il est des plus faux. Et quoi, on fait grief à la mère de sa grossesse, de ce que Bégin, dans un accès de romantisme lyrique, appelle 'l'incarcération de son enfant' ! Mais la mère n'est pas plus responsable de sa grossesse que l'enfant de sa conception : ce sont là deux choses dont la nature, dont l'éternelle mystification de Shoppenhauer est seule responsable. *Mais l'agression de l'enfant commence avec l'anormalité de la grossesse.* D'être inoffensif appelé par la nature à coexister avec la mère, le fœtus devient parasite dont la subsistance met en danger la vie de l'être qui le porte ; et comme le gui cherche à étouffer le chêne, l'enfant cherche à étouffer la mère : l'agresseur, c'est lui. Contre lui il y a donc légitime défense.

“ Légalement parlant, l'accoucheur a donc le droit de pratiquer l'embryotomie. Je vais plus loin : *je dis qu'il en a légalement le devoir.* A M. le professeur Pinard s'écriant que le médecin n'a pas le droit de tuer l'enfant, je réponds que le médecin n'a pas le droit de *laisser mourir* la mère, et qu'il a le devoir de la sauver par tous les moyens que la science met à sa disposition, sous peine de commettre une faute lourde engageant sinon d'une façon générale la responsabilité pénale éditée par l'article 319 du Code pénal, au moins dans tous les cas la responsabilité civile de l'article 1382 du Code civil.

“ A la maladresse, à l'imprudence, à l'inattention, à la négligence, à l'inobservation des règlements que punit l'article 319 du Code pénal, une jurisprudence constante ajoute l'omission. Le fait par le médecin d'omettre un moyen connu et pratique qu'il a à sa disposition pour sauver un malade le constitue en faute. Le fait de laisser mourir un malade équivaut au fait de tuer.

“ Dans l'hypothèse, le médecin dira, il est vrai, que son omission est volontaire ; il cherchera à la couvrir, à la justifier, par la conception soi-disant humanitaire qu'il se fait de son rôle ; par ses dissertations philosophiques sur le droit de vie ou de mort qui n'appartient qu'à Dieu. Mais cette explication ne fera qu'aggraver sa faute—eu ce sens qu'un médecin qui s'abstient de guérir sous prétexte qu'il n'a pas le droit de tuer est aussi coupable que le juge qui s'abstiendrait de juger sous prétexte qu'il n'a pas le droit de punir.

“ Un condamné célèbre et retentissant n'a dû récemment le bénéfice des circonstances atténuantes qu'à cette sentimentalité d'un des juges !

“ Au médecin appelé à la délivrer par l'embryotomie et qui lui refuserait son concours par scrupule philosophique, la mère, sur son lit de douleurs, pourrait répéter ce vers cruel de La Fontaine.

Eh ! l'ami, tire-moi du danger
Tu feras après ta harangue.

“ Oui, le fait par le médecin d'omettre, sciemment le moyen unique de sauver son malade, le constitue en faute. Et ici le malade ce n'est pas l'enfant, je suppose, c'est bien la mère. En admettant qu'au début, tant que la grossesse s'annonçait comme devant suivre une marche normale, le médecin ait été appelé à la fois pour la mère et pour l'enfant, il n'en est pas moins vrai que dès que la grossesse est devenue, sinon une cause, du moins une possibilité de mort pour la mère, celle-ci est devenue la véritable seule malade à qui le médecin se doit tout entier.—La laisser mourir—même dans le but de sauver un tiers, comme l'enfant,—constitue donc de la part du médecin un manquement au contrat qui le lie à sa cliente ; aux engagements de la sauver qu'il a pris tacitement envers elle. D'où sa responsabilité légale.

“ Si quittant le domaine de la loi,—on aborde celui de la morale, la théorie de M. le professeur Pinard semble plus critiquable encore.

Sacrifier la mère à l'enfant, sacrifier cet être conscient, cette unité sociale qu'est la mère, à cet être en formation, à cette possibilité d'être qu'est le fœtus, à cette quasi-chose qui, comme disait Velpeau, peut à peine passer pour un être humain et est sans valeur dans la société :—la raison humaine se refuse à mettre en pratique un pareil paradoxe moral. La philosophie de notre droit moderne ne donne à l'enfant conçu (infans conceptus) qu'une personnalité civile conditionnelle. Ses droits à la succession du père (mort, je suppose, au cours de la grossesse, sont subordonnés à cette condition qu'il naisse viable (article 725 du Code civil). C'est là une condition résolutoire qui, si elle ne se réalise pas, replonge rétroactivement dans le néant sa personnalité qui est censée n'en être jamais sortie : ce sont les héritiers du père qui recueillent la succession de celui-ci. L'enfant conçu qui n'est pas né viable est censé n'avoir jamais recueilli la succession paternelle ; et sa mort n'a pu transférer à la mère aucun droit à cette succession ! Et c'est à cet être, qui n'est même pas une entité juridique complète, qu'on voudrait sacrifier cette complète entité civile qu'est la mère : philosophiquement, cela ne se conçoit pas !

“ Begin a cherché, il est vrai, à mettre en avant le point de vue social utilitariste,—l'intérêt plus grand de la société à acquérir un enfant “ prometteur de forces et d'énergies ” qu'à conserver une mère rachitique, inapte, de par l'exemple qu'elle vient d'en donner, à remplir normalement et profitablement les fonctions de la maternité !

“ C'est au nom de la lutte pour la vie,—c'est au nom de la sélection naturelle que cet académicien condamne la mère à mort ; et cela fait songer immédiatement à Lebiez et Barré assassinant de parti pris, une vieille femme inutile ! Cela, n'est-il pas vrai, n'a rien de commun avec la morale, qui est au-dessus de ces considérations égoïstement féroces ! Considérations qui, d'ailleurs, pourraient se retourner contre leurs auteurs !—Ils calculent sur des chances seulement d'utilité sociale, quand ils préfèrent l'enfant, puisque celui-ci peut mourir en venant au monde ; ils calculent sur l'avenir, ils calculent donc mal.

“ Moralement et socialement, le sacrifice de la mère à l'enfant est donc condamnable.

“ Reste le troisième point de vue de M. le professeur Pinard : le point de vue scientifique. On comprend immédiatement notre réserve à aborder ce terrain, réserve qui vient à la fois de notre totale incompétence et de notre estime pour la valeur technique et professionnelle de l'éminent clinicien. Un autre que moi vous a dit qu'il est des cas où l'embryotomie est le seul moyen de sauver la mère, ne serait-ce que lorsque l'opération conservatrice, pour laquelle penche le professeur Pinard, est impossible, lorsque la symphyséotomie est rendue impraticable.

“ Aucun accoucheur ne peut affirmer, dit le professeur Pinard, qu'en sacrifiant l'enfant, c'est-à-dire en pratiquant l'embryotomie, il va sauver la mère.

“ Certes ! Mais il suffit qu'il puisse la sauver, pour qu'il soit en conscience obligé de saisir cette suprême possibilité de salut.

“ L'accoucheur, dit-il encore, doit rester médecin dans tous ses actes. . . Il doit s'efforcer de conserver la vie chez des êtres qui se confient à lui ou qui lui sont confiés.

“ Quelque parti qu'il prenne, M. le professeur Pinard sera bien à plaindre ? S'il souffre déjà à la pensée de ne pouvoir conserver la vie à un être qui n'en a pour ainsi dire pas encore—je lui demande comment il aura le courage de laisser mourir une femme en pleine vitalité qui, dans son dernier regard, ne lui lèguera que l'expression obsédante de sa confiance irrémédiablement abusée !

LÉON PRIEUR,

Avocat à la Cour d'Appel, Paris.”

Traitement des Névralgies par l'Aconitine

COMPARAISON AVEC L'EXTIRPATION DU GANGLION DE GASSER. INCONVÉNIENT DE CETTE EXTIRPATION.

Dans ces derniers temps on n'a pas reculé devant l'extirpation du ganglion de Gasser, pour venir à bout de névralgies graves du trijumeau. M. F. Krausse, qui a pratiqué cette opération dans un cas de névralgie grave dépendant d'altérations intra-crâniennes du trijumeau et qui a extirpé, en même temps que le ganglion, le bout du nerf, en a profité pour faire une étude minutieuse des troubles résultant de cette mutilation. Il a d'ailleurs fait la comparaison de ses propres résultats avec ceux qu'ont obtenus et annoncés d'autres observateurs, en particulier le P^r Hitzig de Halle, et voici les conclusions auxquelles il arrive :

1. L'extirpation du ganglion de Gasser entraîne une anesthésie complète dans le domaine d'innervation des trois branches du trijumeau. A la longue, la zone d'anesthésie diminue d'étendue parce que des fibrilles nerveuses y pénètrent, lesquelles proviennent du territoire avoisinant.

2. Du côté de la peau, l'anesthésie ne se complique pas de troubles trophiques ; ceux-ci n'ont pas été observés davantage du côté des muqueuses anesthésiées.

3. De même la cornée du côté paralysé est restée limpide, malgré que l'œil fut frappé d'une insensibilité complète. La sclérotique et la conjonctive ont conservé leur aspect normal, à part un certain degré de sécheresse. L'occlusion réflexe de l'œil anesthésié ne s'effectuait qu'autant que l'incitation périphérique s'exerçait sur l'œil sain. Du côté anesthésié, l'œil présentait une résistance moindre à l'action des agents phlogogènes. Les troubles pupillaires se réduisaient à peu de choses, un peu de paresse de la pupille du côté anesthésié. De ce même côté la sécrétion lacrymale était diminuée d'une façon permanente, mais à un degré variable.

4. Les fonctions visuelle et auditive n'ont pas été influencées du côté anesthésié. La fonction gustative a présenté des modifications variables ; la sécrétion salivaire est restée normale. L'odorat était émoussé.

5. Tous les opérés ont ressenti des sensations subjectives dans la moitié correspondante de la tête et de la face. (Fourmillements, engourdissement, etc.)

6. Les muscles innervés par le trijumeau étaient paralysés, puis s'atrophiaient ; l'atrophie du temporal et du masseter entraînait une véritable asymétrie de la face. Les mouvements de latéralité du maxillaire inférieur vers le côté sain étaient devenus impossibles.

7. Les muscles innervés par le facial présentaient également certains troubles fonctionnels qui se manifestaient lorsque le sujet reniflait, qu'il soufflait, ouvrait la bouche. Tous les opérés ont présenté des secousses cloniques de la face.

8. Chez aucun d'eux on n'a constaté de manifestations générales. (*Munchener, medicin, Wochenschrift.*)

Ce tableau des conséquences de l'ablation du ganglion de Gasser n'est pas fait pour exciter beaucoup le praticien à proposer cette opération à ses malades, ni pour séduire ceux-ci.

Mais si on met en parallèle les résultats obtenus par l'aconitine et surtout si l'on veut bien se rappeler que celle-ci a donné des résultats heureux, même lorsque l'opération n'a pas réussi, comme chez un malade opéré par Nélaton, chez qui les douleurs étaient revenues aussi terribles et aussi persistantes que jamais et que l'aconitine a guéri, on conviendra que son emploi doit toujours précéder l'intervention chirurgicale.

Au reste l'aconitine, dit le D^r Laborde a, à l'égard des névralgies faciales, une action tellement puissante et sûre, qu'elle constitue une pierre de touche, j'oserais dire infaillible pour l'indication décisive, relative à l'intervention opératoire ; si bien que lorsque après l'essai et l'administration bien conduite et systématisée de l'aconitine, durant quarante-huit heures, trois jours au plus, on n'a pas obtenu de résultat positif, c'est-à-dire une atténuation progressive ou la cessation de l'état névralgique, on peut être assuré que l'intervention médicamenteuse a rempli son rôle et n'a plus raison d'être.

Les études physiologiques du D^r Laborde sur l'aconitine, nous la montrent en outre comme un modificateur puissant et rapide du

système nerveux ; elle agirait d'une façon prédominante et jusqu'à un certain point élective sur la portion bulbo-spinale du myélocéphale.

Elle agit d'abord sur la sensibilité consciente et douloureuse, et postérieurement si l'action est suffisante sur la sensibilité réflexe.

Son action consiste d'abord en une excitation fonctionnelle, puis en une atténuation progressive, pouvant aller suivant le degré où sont poussées les doses jusqu'à la perte momentanément complète de la sensibilité dans ses divers modes.

En vertu de ses propriétés sur les capillaires dont elle restreint le calibre, l'aconitine, par ce seul fait, devrait être considérée comme un anti-phlogistique puissant. Cette action sur les phlogoses, jointe à son action physiologique sur le système nerveux, devait aussi faire préjuger ses bons effets et son énergie d'action dans les névralgies hyperhémiques, et la clinique effectivement a confirmé les espérances qu'avait données la physiologie.

Elle réussit parfaitement dans certaines formes de névralgies faciales essentielles, dit le D^r Oulmont. En deux ou trois jours l'aconitine amène la guérison. Dans ces cas, l'aconitine produit des guérisons d'une rapidité extrême. J'ai vu, dit-il, une névralgie faciale datant de sept jours, sans périodicité bien marquée et qui avait résisté au sulfate de quinine, céder à l'emploi de l'azotate d'aconitine.

L'aconitine, dit encore le même auteur, n'est pas sans action sur les névralgies et les hyperesthésies secondaires, comme celles qu'on observe dans les caries dentaires, les caries du rocher, l'ofite interne, les paraplégies.

Avec l'aconitine cristallisée, dit Gübler, j'ai réussi à supprimer un tic douloureux qui arrachait des cris au patient et lui interdisait tout sommeil.

Dans les névralgies du trijumeau, ses effets sont véritablement merveilleux, ils ont été si remarquables que certains auteurs ont voulu, non sans raison, faire de l'aconitine le spécifique de cette affection.

Les plus beaux succès de l'aconitine, dit encore Gübler, ont été obtenus par la majorité des praticiens et par moi-même dans les cas de névralgies du trijumeau.

Les propriétés analgésiantes de l'aconitine cristallisée sont donc maintenant bien connues, et ce médicament a suffisamment fait ses preuves depuis quelques années pour qu'il soit permis de dire qu'il constitue un remède puissant, véritablement héroïque, toutes les fois qu'il correspond aux indications thérapeutiques qui lui sont réellement appropriées et qu'il est bien manié dans ses applications, c'est-à-dire dans son administration.

Employée avec succès principalement pour combattre l'élément douleur, par l'anesthésie qu'elle produit sur le nerf, l'aconitine, sans produire de troubles cérébraux, étend également son action à la circulation qu'elle modifie en la ralentissant et abaisse la température.

Mais son succès n'est assuré qu'à la condition, pour le praticien, de faire usage d'un produit défini, pur, susceptible d'être dosé avec

précision, car la pureté chimique permet seule d'aborder la thérapeutique vraiment scientifique de cette substance et doit constituer tout d'abord la première et essentielle garantie de son action physiologique et conséquemment de son efficacité thérapeutique.

On évite ainsi les déceptions et les succès si fréquents avec certains médicaments, et auxquels exposaient sans cesse (les praticiens le savent et de là vient la crainte qu'elle inspire à certains) les aconitines amorphes, d'origines très diverses, toujours impures et d'une activité irrégulière, par conséquent dangereuse.

L'aconitine cristallisée se prescrit sous forme de granules exactement dosés à 1/10 de milligramme de principe actif et en se conformant, pour l'administrer, au principe suivant généralement adopté : donner à la fois un seul granule et mettre entre l'administration de chaque granule un intervalle d'une heure au moins.

Après avoir observé, après les premiers granules, la sensibilité du malade à l'action de ce médicament, si une élévation de dose est nécessaire pour obtenir un bon résultat, augmenter progressivement le nombre de granules administrés.

En espaçant convenablement les doses qui peuvent être prises, même au commencement des repas, la tolérance du médicament s'établit facilement et l'on peut, d'après l'opinion de praticiens autorisés, arriver avec une parfaite accoutumance à la dose totale de 10 et même de 15 granules à 1/10, soit un milligramme ou un milligramme et demi de principe actif en vingt-quatre heures, et la répéter même au besoin pendant plusieurs jours.

Il faut toutefois, nous le répétons, étudier la susceptibilité des malades et surveiller les manifestations physiologiques, de façon à diminuer ou espacer davantage les doses s'il survenait quelque trouble des voies digestives ou des fourmillements trop accusés dans les extrémités.*

Le traitement des Loupes par les injections interstitielles d'Éther

L'idée de traiter les loupes, ou, plus exactement, les kystes sébacés, par les injections interstitielles d'éther, appartient à mon regretté maître Vidal, qui obtint, par ce procédé, un nombre considérable de guérisons radicales. Dès 1883, M. Lermoyez, qui était alors l'interne de Vidal à l'hôpital Saint-Louis, tenta de vulgariser la méthode en l'exposant dans le *Bulletin général de thérapeutique* (numéro du 30 Novembre 1883).

Cependant, ce mode de traitement, que sa simplicité, sa bénignité et son efficacité radicale auraient dû sauver de l'oubli, n'est guère connu aujourd'hui que de quelques-uns des élèves de Vidal. J'ai, pour ma part, appris à le connaître quand j'étais l'externe de Vidal à Saint-Louis. Dans la suite, je n'ai jamais manqué de l'appliquer chaque fois que l'occasion s'en offrit, et, actuellement, je puis

*Les Granules Houdé offrent toutes les garanties. Dosage exact, absolue pureté des produits.

apporter une statistique personnelle de 30 loupes, traitées et guéries radicalement par ce précieux moyen. Aussi bien ai-je pensé qu'il ne serait pas tout à fait inutile de rappeler aux médecins qu'ils ont à leur portée un moyen simple, non sanglant et nullement douloureux de faire disparaître radicalement et rapidement les loupes, même volumineuses, et cela sans cicatrices consécutives.

Origines du procédé.—Le procédé de Vidal, ainsi que le fait remarquer Lermoyez, n'est, en somme, qu'un dérivé de la méthode des injections de solutions modificatrices, caustiques ou non, à l'intérieur des tumeurs, et, en particulier, des kystes. Mais, "sauf dans les expériences de Beckel, qui injectait dans les kystes sébacés le contenu d'une seringue de Pravaz, d'une solution de tartre stibié au trentième, jamais on n'avait songé à appliquer ce mode de traitement aux loupes, quand Vidal imagina de les guérir en y injectant de l'éther."

Il semble bien, en effet, si on en juge par l'interprétation que donne Lermoyez du mode d'action de ces injections interstitielles d'éther, que les promoteurs de la méthode se soient inspirés de la doctrine générale des inflammations substitutives. Pour Lermoyez, "l'éther agit ici à la façon d'un caustique, mais d'une manière bien plus douce, en enflammant le contenu du kyste et amenant la suppuration de la poche; peut-être a-t-il aussi une action dissolvante spéciale, ou, tout au moins, s'insinue-t-il aisément dans les différentes couches de la tanne; car, outre les cellules épidermiques qui en forment la majeure partie, le contenu de la loupe renferme des matières grasses et des cristaux de cholestérine fort solubles dans l'éther."

Ainsi, pour Vidal et Lermoyez, l'action dissolvante de l'éther ne serait qu'accessoire, tandis que le véritable facteur de la cure serait la suppuration de la poche et de son contenu. On pourrait, dans ces conditions, se demander pourquoi ils se sont adressés à l'éther plutôt qu'à tout autre agent modificateur.

Je crois, pour ma part, que cette interprétation, qui pouvait être admise en 1883, ne saurait l'être aujourd'hui, et que, tout au moins, si la guérison ne pouvait être obtenue qu'au prix d'une suppuration provoquée, ce procédé devrait être abandonné.

Or, le mode d'action est tout différent, et cette interprétation, qui surprend quelque peu le lecteur, trouve son explication dans l'ignorance presque absolue où l'on était, à cette époque, des règles de l'asepsie. L'injection n'était pas pratiquée aseptiquement; fatalement, la suppuration suivait, et, alors qu'elle paraissait représenter le processus de guérison, elle n'était et n'est encore qu'un accident qu'il convient d'éviter. A ses débuts, en effet, et faute d'asepsie, le procédé se bornait, en somme, à provoquer artificiellement la transformation du kyste sébacé en abcès circonscrit bénin, c'est-à-dire à imiter un mode de terminaison assez fréquent, des loupes.

Or, en pratiquant l'injection aseptiquement et en évitant, par conséquent, la suppuration, je me suis assuré que le procédé reste aussi efficace et que, par suite, c'est bien l'action dissolvante de

l'éther, et peut-être sa légère diffusion entre les lames du sac, qui agissent seules. D'ailleurs, il est facile de s'assurer *in vitro* de l'action dissolvante de l'éther sur la matière sébacée : il suffit de recueillir sur une lame une parcelle du contenu d'une loupe et de verser quelques gouttes d'éther pour voir, immédiatement, la matière sébacée se liquéfier en se transformant en un liquide finement grumeleux.

Ainsi modernisé, non pas dans son principe, mais dans son application en même temps que dans l'interprétation physiologique de son mode d'action, ce traitement des loupes, qui paraît légèrement suranné, sinon quelque peu dangereux, quand on lit la note de Lermoyez (1883), présente toutes les garanties exigibles aujourd'hui et constitue un procédé de choix.

**

Indications et contre-indications.—D'une façon générale, *toutes* les loupes peuvent être traitées par les injections d'éther. Mais, personnellement, je n'ai aucune expérience pour les loupes très volumineuses, car je n'ai jamais eu l'occasion d'employer ce procédé que pour des loupes dont les plus grosses ne dépassaient pas le volume d'une noix. Cependant Vidal a traité ainsi de très grosses loupes, et Lermoyez cite, notamment, l'observation d'une loupe qui dépassait le volume d'un gros œuf de poule, et qui fut guérie par dix injections d'éther en un mois. Il ne semble donc pas que le *volume excessif* de la loupe soit une contre-indication.

Le *siège* est également indifférent. On conçoit cependant que ce procédé sera surtout indiqué pour les loupes qui siègent sur une partie découverte, en particulier à la face, puisqu'il ne laisse aucune cicatrice. Pour la même raison, il s'adresse aux loupes du cuir chevelu, les plus fréquentes, d'ailleurs, et, particulièrement, chez les hommes qui portent les cheveux courts ou sont atteints de calvitie.

J'ai soigné et guéri par les injections d'éther, une loupe de la région inguino-crurale droite chez un cavalier. Cette loupe constituait une gêne constante et, en raison des traumatismes auxquels elle était sans cesse exposée, avait, à plusieurs reprises déjà, manifesté des tendances à l'inflammation.

Quand à l'*ancienneté* de la loupe, elle a une importance plus grande au point de vue des indications ou des contre-indications.

Les loupes *très anciennes*, qui sont restées *très petites*, ne dépassant pas le volume d'un pois ou d'un haricot, sont constituées par un sac à parois très épaisses, entourée d'une gangue fibreuse très dure et ne contenant qu'une très minime quantité de matière sébacée. Il est évident que les injections d'éther ne seraient ici d'aucune utilité ; d'ailleurs, ces loupes, à moins qu'elles ne siègent en une région particulièrement gênante, telle que la ligne d'appui du chapeau, ne réclament aucun traitement.

Les loupes *de formation récente*, alors qu'elles sont encore très petites, sont justifiables des mêmes considérations. Elles pourront, en effet, ne jamais grossir et subir la transformation fibreuse. Il n'y a donc pas lieu de se hâter pour intervenir.

En général, on attendra que la loupe atteigne le *volume d'une petite cerise* pour *recourir aux injections d'éther*, à moins qu'il n'existe une indication spéciale, fournie par le siège même de la tumeur, d'agir prématurément.

Enfin, il est *absolument contre-indiqué* de recourir à ce procédé pour les loupes *qui ont déjà subi un commencement d'inflammation*. Ces loupes constituent ou vont constituer des abcès, justifiables du bistouri.

Technique.—Voici comment on doit procéder :

L'éther employé doit être l'éther sulfurique officinal, parfaitement pur.

La seringue doit être *stérilisable et stérilisée* avant l'injection ; l'aiguille, en platine, doit être *flambée*.

Avant de pratiquer l'injection, si la loupe siège au cuir chevelu, on prend soin de couper les cheveux avoisinants ; et, quel que soit le siège de la loupe, on en rend la surface aseptique par un lavage approprié. Pour faire la piqûre, on tend la surface de la poche en la comprimant à sa base avec deux doigts de la main gauche, puis on recherche un des orifices *glandulaires*, visibles à l'œil nu ou à la loupe, de préférence au point *culminant* de la saillie formée par la tumeur, et, par cet orifice, on introduit l'aiguille. Puis on pousse lentement le piston en ayant soin, en même temps, d'imprimer à l'aiguille des mouvements de va-et-vient pour dissocier la matière sébacée et permettre à l'éther de fuser dans toutes les directions.

La *quantité d'éther* à injecter en une séance varie avec le volume de la loupe. "Vidal, dit Lermoyez, a observé que, dans les petites loupes de la face et du front, dont le volume ne dépasse guère celui d'une noisette, on ne doit pas injecter plus de cinq à six gouttes d'éther à la fois, si l'on ne veut produire une pression de la poche qui est pénible et qui, dès que l'aiguille est retirée, chasse par l'orifice de la piqûre une partie du liquide introduit." Le fait est parfaitement exact ; mais, considérant, ainsi que je l'ai dit, que l'action dissolvante de l'éther était l'élément primordial, et cherchant à réaliser la cure le plus rapidement possible, j'ai pensé que cinq à six gouttes d'éther en une séance représentaient une bien faible dose, qu'il y aurait lieu de l'augmenter et qu'il serait peut-être possible d'injecter dans la même séance une pleine seringue de Pravaz au moins, en opérant à doses fractionnées ; pour cela, après avoir injecté quelques gouttes, dès que le malade accuse un peu de gêne et que la poche se tend, je retire la seringue en laissant l'aiguille en place ; l'éther s'évapore en partie, la tension de la poche diminue et il devient possible de recommencer l'injection dans les mêmes conditions, et cela à plusieurs reprises consécutives, suivant les circonstances.

Quand l'injection est terminée, après avoir retiré l'aiguille, on lave au sublimé et on applique une goutte de collodion sur l'orifice de la piqûre.

Le surlendemain, parfois même le lendemain, on recommence la même opération.

Il faut avoir soin d'introduire l'aiguille exactement par le même

orifice, car on favorise ainsi la rapidité d'apparition de l'eschare ; on le retrouve d'ailleurs très facilement, car déjà, le plus souvent, il est entouré d'une petite auréole rouge, légèrement sensible à la pression, indiquant l'existence d'un processus inflammatoire.

Le nombre des séances et l'intervalle qu'il convient de laisser entre elles, varient avec le volume de la loupe et aussi, vraisemblablement, avec son ancienneté. Quand la loupe est très grosse, quand les parois sont très épaisses et quand le contenu est très sec, très concret, il est utile de faire une injection chaque jour et l'on peut être obligé d'en faire dix à douze avant de pouvoir procéder à l'extraction du sac. En général, quatre à cinq injections, faites tous les deux jours, seront suffisantes.

On est averti que l'extraction est possible par l'apparition de deux signes contemporains : d'une part, l'état pâteux, ramolli, presque fluctuant de la poche ; d'autre part, la présence d'une petite eschare, d'une petite croûte brunâtre au niveau de la piqure.

Cette eschare ne doit pas dépasser les dimensions d'une tête de grosse épingle. On la détache avec la pointe d'un stylet, puis, en comprimant la poche entre les doigts, on fait sourdre son contenu sous la forme d'un liquide jaunâtre, à odeur butyrique, très grumeleux, si la liquéfaction de la matière sébacée est complète, ou d'un long ruban mi-partie liquide, mi-partie solide, de matière sébacée qui sort avec des mouvements de serpent, si la liquéfaction est imparfaite.

Tout le contenu de la poche peut, en général, être exprimé en bloc ; cependant, si l'expression a été prématurée et s'il reste de la matière sébacée sèche, on se trouvera bien, pour éviter de malaxer trop fortement les tissus, de faire une nouvelle injection d'éther avant de continuer. Il sera même quelquefois nécessaire de fermer l'orifice, d'ailleurs très rétractile, avec un peu de collodion et de remettre la suite de l'extraction au lendemain.

Quand tout le contenu du kyste est évacué, il ne reste plus qu'à extraire le sac, c'est-à-dire la paroi propre du kyste. Or, cette extraction est de toute nécessité, car, tant que subsiste le sac, la loupe n'est pas guérie ; elle récidiverait à brève échéance. Dans le procédé primitif de Vidal, ce temps de l'opération n'existait pas, car la suppuration avait détruit le sac, qui s'éliminait, en fragments méconnaissables, avec le contenu de la loupe absorbée. Or, dans le procédé modifié par l'asepsie, cette désagrégation du sac est loin d'être aussi complète, et c'est à peine si quelques parcelles sont éliminées pendant l'expression. Cependant, le sac a subi quelques modifications ; notamment, il n'adhère presque plus aux tissus sous-jacents, si bien qu'il peut être extrait dans la majorité des cas avec assez de facilité ; il suffit d'introduire un stylet par l'orifice de l'eschare et de l'insinuer entre les couches profondes de la peau et la paroi kystique pour s'assurer que toutes les adhérences ont disparu, et, au besoin, pour achever de les dissocier. Après cette petite manœuvre, que le patient ne perçoit même pas, on fait saillir les bords du sac à travers les lèvres de l'orifice de la peau, et on les saisit dans les mors d'une pince ; puis on opère une traction lente et progressive, sans saccades, et on amène le sac en totalité.

Si tout le contenu de la poche a été complètement vidé par l'expression, le sac passe facilement par l'orifice de l'eschare, si petit que soit celui-ci, car, étant très élastique, il se laisse aisément distendre. Si, au cours, de l'extraction, on sent une résistance, et que celle-ci ne soit pas due à un résidu de matière sébacée à l'intérieur du sac, on peut être assuré qu'il subsiste des adhérences, et il convient d'insinuer le stylet pour les rompre.

Quelquefois, le sac n'est pas sorti en totalité ; il présente une déchirure qui, le plus souvent, s'est produite au niveau d'adhérences encore solides ; quelques fragments restent inclus sous la peau ; en pareil cas, il suffit d'attendre un jour ou deux pour voir ces lambeaux se détacher sans difficulté.

Quand tout le sac a été extrait, la peau qui recouvrait le kyste, en raison de son élasticité, se rétracte peu à peu, et, en quelques jours, il ne reste plus, au point où siégeait la loupe, qu'un petit nodule fibreux, qui s'affaisse progressivement et finit par disparaître. L'orifice de l'eschare, en raison de ses dimensions très restreintes et de l'élasticité de la peau, s'oblitére complètement et *aucune cicatrice ne subsiste.*

On le voit, ce procédé est simple et radical. Le seul inconvénient qu'il puisse parfois présenter est une légère suppuration qui apparaît au moment de la chute de l'eschare si la loupe siège au cuir chevelu et si le patient vient à l'irriter pendant le cours du traitement. D'ailleurs, cet inconvénient n'a pas grande importance, car il hâte la disparition du kyste et n'expose à aucun accident si on prend soin d'appliquer un petit pansement.

~~*

Avantages de ce procédé.—Ainsi que je l'ai dit, ce mode de traitement des loupes constitue le véritable *procédé de choix* pour les loupes de dimension moyenne qui siègent sur les parties découvertes.

En effet, il n'est *nullement douloureux*, si on prend soin de ne jamais injecter de trop grandes quantités d'éther à la fois et d'éviter que l'éther fuse sous la peau.

Il n'est *pas sanglant*, ce qui, en pratique, n'est pas sans importance, si on songe au nombre de personnes pusillanimes que la vue seule du bistouri fait tomber en syncope.

Il n'est *pas dangereux*, car, avec des précautions aseptiques rudimentaires, aucun accident sérieux n'est à craindre.

Il est *à la portée de tous*, car il ne nécessite aucune habileté opératoire, aucun arsenal chirurgical.

Enfin, et surtout, *il ne laisse pas de cicatrices*, ce qui est une garantie primordiale, car bien des loupes ne sont pas plus disgracieuses qu'une balafre cicatricielle.

Or, aucun des procédés en usage pour le traitement des loupes, ne remplit pareilles conditions. La destruction par les caustiques, outre qu'elle expose à une suppuration plus difficile à éviter et qu'elle n'agit pas plus rapidement, laisse toujours, en dépit des précautions prises, une cicatrice irrégulière, du plus fâcheux effet.

L'ablation chirurgicale a pour elle la rapidité de son action et ne le cède en rien comme efficacité ni comme sécurité ; mais, si élégante et si habile qu'elle soit, elle laisse toujours après elle une

cicatrice linéaire, déplaisante au visage et surtout peut-être au cuir chevelu chez les hommes qui portent les cheveux courts.

Après les injections d'éther, au contraire, aucune partie de la peau n'est détruite ; les follicules pileux sont respectés ; il ne reste, dans la barbe ou dans les cheveux, aucune *place blanche*, parce que le derme se rétracte et que les poils, espacés sur la loupe par la distention des téguments, reprennent leurs distances normales.

EMILE SERGENT.

Ancien interne, médaille d'or des hôpitaux.

ANALYSES

Oedème sur-aigu du Poumon. C'est le titre d'un remarquable travail publié par mon confrère et ami le docteur J.-A. Le Sage, dans le numéro de juin, de l'*Union médicale*.

Au cours de la nephrite chronique, deux accidents peuvent survenir : " Le premier, le coma urémique, est prévu depuis longtemps par le médecin, c'est la phase ultime de l'impotence fonctionnelle des organes d'excretion ; tout le monde est averti dans l'entourage du malade, et ce dernier, même est instruit des dangers qu'il court."

" Le second, au contraire, l'oedème aigu, arrive soudainement, sans aucun signe précurseur, alors que la santé est apparemment bonne. Le médecin, il est vrai, avait bien constaté, à différents intervalles la présence d'albumine dans les urines, mais une diète sévère avait empêché toute complication ; les petits accidents avaient disparu laissant le malade et le médecin absolument rassurés, lorsque tout à coup, au milieu de la nuit, un malaise particulier se fait sentir, accompagné d'une gêne respiratoire excessive ; bientôt le malade peut à peine respirer, il expectore en vain des flots d'une écume rosée, spumeuse, la face devient congestionnée, les lèvres sont cyanosées, les extrémités se refroidissent, et trop souvent la mort arrive au milieu de l'étonnement des membres de la famille, à la grande surprise du médecin, et avant même qu'on ait pu secourir le malade d'une manière efficace."

Voilà une description saisissante de l'accès d'oedème.

Certes oui, le début de l'attaque est souvent foudroyant. Voyez plutôt les trois observations personnelles de l'auteur.

C'est, par exemple, le malade de la première observation, qui se sent brusquement étouffée, en pleine rue, et qui meurt, pour ainsi dire, dans les bras du docteur Le Sage qui se trouvait là d'occasion, et qui se précipite à son secours.

C'est la seconde malade qui s'éveille vers onze heures et demie du soir, alors qu'elle s'était couchée en parfaite santé, suffoquant, se sentant mourir, et que le docteur Le Sage, appelé en toute hâte, trouve affaissée dans un fauteuil, avec des extrémités froides et bleuissantes, une respiration précipitée et embarrassée, un pouls de 130 à 140, et des râles sibilants, des râles fins sous crépitants plein la poitrine. Cette malade guérit par une saignée au bras de 400 grammes et le traitement approprié dont je parlerai plus loin.

C'est le troisième malade, âgé de 50 ans, qui meurt malgré la saignée de 450 grammes, des injections d'éther et le reste, parce que (on le lit entre les lignes) un confrère mal avisé lui avait préalablement fait deux piqûres de morphine pour le soulager. Je souligne avec intention les piqûres de morphine, qu'il ne faut jamais, jamais, donner en semblable occurrence, non plus que les narcotiques, et auxquels le docteur Le Sage, garde une juste rancune pour "avoir endormi d'un sommeil de pierre" un des membres importants de sa famille.

Je veux citer tout au long la description de l'attaque.

"Au premier abord, ce qui frappe le plus l'esprit, c'est assurément la soudaineté de l'attaque et la rapidité de son évolution. Dans nos observations, la chose est prouvée à l'évidence; il en est de même dans les cas rapportés par MM. Dieulafoy et Huchard. En second lieu, c'est un embarras excessif de la respiration accompagné de toux avec expectoration, plus ou moins abondante, suivant les cas, d'un liquide spumeux et légèrement teinté en rose. L'examen du malade nous fournit les signes suivants: à la percussion du poumon, il y a une sonorité exagérée due à l'emphysème qui est presque constant; à l'auscultation on entend un infini de petits râles fins et sous crépitants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons, et la rapidité avec laquelle ils envahissent la place est telle que le malade sent, pour ainsi dire, monter le liquide dans sa poitrine, tandis que l'oreille en perçoit très nettement les signes intérieurs. A tous ces signes précédents, j'ajoute la rapidité excessive du pouls, quelquefois aussi une lésion cardiaque concomitante et toujours la "présence d'albumine dans les urines."

La pathogénie en est encore aux hypothèses discutées et soutenues avec ardeur et conviction. Pendant que Huchard croit que l'aortite et surtout la péri-aortite avec son retentissement inflammatoire ou reflexe sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires, est l'intermédiaire obligé entre la néphrite et l'œdème pulmonaire aigu, Brouardel affirme qu'à la morgue, au cours des autopsies nombreuses faites à la suite de mort par œdème pulmonaire, il a toujours trouvé de la néphrite, alors que souvent il n'existait aucune trace d'aortite ou péri-aortite. Quand au diagnostic, le docteur Le Sage trouve qu'il serait long de citer toutes les affections qui peuvent simuler une attaque d'œdème aigu du poumon, et s'arrête seulement aux plus communes.

L'ANGINE DE POITRINE, qui se distingue par la violente douleur rétro-sternale avec irradiation dans le bras gauche, et absence d'expectoration et de râles fins.

LA CRISE D'ASTHME, pendant laquelle la respiration est lente, avec inspiration difficile et respiration sifflante, et où l'expectoration se compose de crachats filants et muqueux.

LA DYSPNÉE URÉMIQUE, type de Cheyne-Stokes, avec son rythme respiratoire si caractéristique, et dont le traitement diffère peu de celui de l'œdème pulmonaire.

LE CATARRHE SUFFOCANT, bronchite capillaire déjà plus difficile à séparer de l'œdème. Elle est surtout fréquente chez les enfants, alors que l'œdème y est très rare, et l'attaque est moins brusque et précédée par un état de santé douteux, rougeole, coqueluche, etc.,

et l'expectoration n'est pas du tout la même, c'est du mucus épais, non aéré, visqueux, quelquefois strié de sang, mais jamais d'une teinte rosée uniforme. La température est souvent élevée au lieu d'être abaissée comme dans l'œdème. La bronchite s'accompagne de matité franche, alors que la sonorité exagérée est de règle dans l'œdème aigu.

LA PHTISIE AIGUE peut aussi prêter à la confusion. Mais il y a l'histoire de famille, la matité ou submatité des sommets, la rudesse de la respiration, accompagnée aux mêmes endroits de petits craquements fins et de râles humides.

LE TRAITEMENT. A une affection qui débute aussi brusquement et atteint du coup la plus grande gravité, il faut un traitement héroïque et immédiat. Voyez plutôt :

"(a) Saignée au bras de 300 à 500 grammes."

"(b) Ventouses sèches dans le dos et sur la poitrine."

"(c) Sinapismes aux jambes."

"(d) Injections sous cutanées d'éther, à hautes doses, c'est un médicament sûr et qui agit promptement; de caféine dont les indications sont précises et connues de tous; d'huile camphrée au 1/10 dont l'emploi tend à se vulgariser tous les jours à cause de son innocuité absolue et des bons effets qu'on en obtient.

"(e) Purgatifs drastiques qui sont tout indiqués ici: je signale l'eau de vie allemande à la dose de 40 grammes; une infusion de sel et de séné, etc.

"(f) Le "régime lacté absolu" est de rigueur: les limonades alcalines et les eaux lactosées sont d'un usage courant.

"Voilà les moyens d'action dont nous disposons et que la majorité des auteurs conseillent dans les cas qui les réclament. Je crois à propos, cependant, avant de terminer ce travail, d'ouvrir une parenthèse pour parler d'un traitement qu'il faut absolument condamner".....

"Il ne faut jamais faire usage de morphine ni d'aucun narcotique dans les cas d'œdème suraigu du poumon," parce que la morphine ne peut en aucune façon juguler l'attaque, et que la répétition des doses entraînerait nécessairement l'asphyxie imminente à la suite de l'encombrement bronchique."

Et nous arrivons aux conclusions, que je cite en entier, également.

"1° L'œdème aigu du poumon est une complication grave que l'on rencontre au cours des néphrites aiguës ou chroniques compliquées ou non de lésions cardio vasculaires.

"2° L'attaque arrive soudainement sans signe précurseur évident, alors que le malade jouit d'une bonne santé apparente.

"3° Cette affection est caractérisée par une gêne excessive de la respiration accompagnée de toux avec expectoration d'un liquide spumeux rosé. L'auscultation révèle une infinité de petits râles fins, sous crépitants envahissant rapidement les deux poumons.

"4° Le diagnostic est fait à l'aide du syndrome déjà connu. La présence d'albumine dans les urines est constante.

"5° Le pronostic est grave; il dépend souvent du mode d'intervention au point de vue du traitement.

" 6° Le traitement consiste surtout dans les émissions sanguines abondantes, les stimulants cardiaques, les boissons alcalines et le régime lacté absolu.

" 7° La morphine est absolument prohibée dans l'œdème sur-aigu du poumon."

Voilà le résumé du travail si complet et si intéressant de mon ami Le Sage.

Il démontre à l'évidence le danger d'une mauvaise thérapeutique et la nécessité, pour le praticien, d'avoir toujours présents à l'esprit les symptômes de l'œdème aigu du poumon ainsi que les moyens à mettre en œuvre pour la combattre efficacement, lorsqu'il a sous ses soins un néphritique.

Il est aussi une autre circonstance où l'on doit redouter cette terrible crise, c'est au cours de la grossesse, alors que la femme passe de l'albumine depuis longtemps, et qu'elle n'a pas songé à consulter son médecin bien qu'ayant les malléoles un peu gonflées et quelques autres menus signes d'insuffisance rénale auxquels elle ne prête aucune attention. Il m'est arrivé d'en voir un cas, il y a deux ans bientôt, et je ne suis pas près de l'oublier. Vers deux heures du matin on m'appelle en toute hâte, me disant qu'une femme étouffe.

En deux minutes j'arrive chez la malade, heureusement très près de chez moi. Je la trouve assise dans un grand fauteuil, les mains froides et bleissantes, les yeux hagards, la respiration extrêmement embarrassée et rapide. Devant elle un crachoir à moitié rempli d'un liquide spumeux blanc rosé. Toux fatigante. La malade ne parlait que pour dire : "j'étouffe."

A l'auscultation, multitude de râles fins. Rien au cœur, ainsi que je pus m'en rendre compte le lendemain matin, car, sur le moment les bruits cardiaques étaient très peu perceptibles. Je n'examinai point les urines parce que la femme asphyxiait littéralement.

Faire deux injections d'éther; appliquer quarante ventouses dont huit scarifiées et donner cinquante centigrammes d'ipeca furent l'affaire de quelques minutes, car j'ai toujours sous la main, dans un sac spécial, de l'éther, de l'épica, en paquets de 0.50 cgr. et des ventouses, et cela, d'après les conseils de mon regretté et vénéré maître Peter. En quelques minutes la femme fut prise de vomissements à la suite desquels elle se sentit soulagée, et le mieux augmenta graduellement jusqu'au lendemain matin. Je la remis alors en assez bon état, entre les mains de son médecin ordinaire, non sans avoir convenu, avec lui, de mettre la malade au régime lacté absolu jusqu'à l'accouchement. Il se fit sans encombre quelques semaines plus tard et la malade est encore en bonne santé.

Mais je ne veux pas terminer cette courte observation sans mettre mes lecteurs en garde contre la faute que je commis en ne saignant pas la malade abondamment, ainsi que le recommanda mon ami Le Sage avec lequel je suis parfaitement d'accord. Sans doute la malade guérit, mais d'autres pourraient mourir, et les ventouses scarifiées sont loin d'être aussi actives que la saignée générale. Pourquoi n'ai-je pas saigné la malade, ainsi que Peter le recommandait si instamment? Pourquoi? Mais, parce que pris au saut du lit,

mal éveillé, l'idée m'en vint seulement alors que la malade allait déjà mieux.

J'avais donc bien raison de dire que le praticien doit avoir si bien présents à l'esprit les symptômes et le traitement de l'œdème aigu du poumon, que, lorsqu'on le viendra réveiller subitement, il puisse faire le diagnostic et le traitement de l'affection sans avoir besoin, pour ainsi dire, d'y penser.

ADELSTAN DE MARTIGNY.

L'urgence de l'intervention chirurgicale en matière d'appendicite. (T. PARIZEAU.—*Union médicale*, juin 1900).—Le docteur Parizeau rapporte deux cas d'appendicite pour lesquels il a été appelé.

Le premier malade avait eu déjà, à quelques mois d'intervalle, deux attaques légères jugées coliques ou indigestions. La troisième se déclara insidieusement, par des douleurs d'abord légères, généralisées à l'abdomen et non accompagnées de fièvre. Le troisième jour, la température monte à 100° Fahrenheit. Le soir du quatrième jour la température monte à 103° 7 Fahrenheit, et la douleur augmente, bientôt calmée par la morphine. L'opération proposée on préfère attendre au lendemain. Mais dans la nuit, la scène changea, et, quand, le lendemain le docteur Parizeau vit le malade, il était trop tard pour opérer, car le cœur profondément intoxiqué ne put être assez remonté par les toniques et stimulants de toutes sortes, et le malade mourut quelques heures après son arrivée, au cinquième jour de son appendicite.

La seconde malade, accouchée depuis deux mois et mal remise, vut au milieu de la nuit avait une douleur localisée à la fosse iliaque droite, et une température de 103° Fahrenheit.

Mise au courant de la situation, et calmée par la morphine, la malade accepte l'opération le lendemain à la reprise des douleurs plus violentes que jamais.

Le ventre ouvert, le docteur trouve un appendice sur le point de se rompre, et qui éclata entre ses doigts, après qu'il l'eut enlevé. Pas de calcul, mais du pus grumeleux. Les suites opératoires furent heureuses. La convalescence longue, à cause de l'état antérieur à l'opération, mais enfin suivie d'un état de santé et d'un embonpoint qui durent encore.

Et je conclus de tout cœur avec le docteur Parizeau que, bien que certains cas d'appendicite puissent guérir avec le traitement dit médical, c'est-à-dire sans traitement, comme nous ne savons pas encore discerner, et ne le saurons de longtemps, les cas bénins de ceux qui tournent brusquement en une véritable galopade vers la mort, "en face d'une pareille situation, et mettant en ligne de compte les risques peu considérables d'une intervention bien conduite, on ne doit pas hésiter, même dans le doute, à laparatomiser un malade atteint d'appendicite et à le faire d'urgence, pour un peu que les symptômes présentent une acuité quelconque."

Sachons nous souvenir au moment opportun, c'est-à-dire quand il s'agit de vaincre les résistances du malade et de son entourage, que les malades qui meurent, les seuls, sont "ceux pour lesquels l'intervention chirurgicale s'est faite trop longtemps attendre."

C'est l'avis de la plupart des chirurgiens.

C'est l'avis de Dieulafoy dont nous publions la communication à l'académie de médecine et dont voici les conclusions :*

" Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite.

" Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical.

" Avec un diagnostic bien fait, avec l'opération pratiquée au moment voulu et suivant les règles de l'art, on pare à tous les accidents."

A. DEMARTIGNY.

Le rhumatisme aigu et le rhumatisme chronique (*Aymard*).

Quel rapport peut-il y avoir entre un rhumatisme articulaire aigu, généralisé, douloureux, fébrile, à allure si nette de maladie infectieuse, et que le salicylate influence de façon si comparable à la quinine dans le paludisme,—et une arthrite déformante qui évolue lentement, sans fièvre, sans douleurs, insidieusement, qui estropie le malade sans qu'il s'en doute, où les préparations salicylées sont manifestement sans action, et contre laquelle la thérapeutique est, en somme, si mal armée? Aucun. Il n'existe pas de formes hybrides entre le rhumatisme aigu et le rhumatisme chronique, jamais l'une de ces deux affections n'amène l'autre. Selon l'auteur, un signe qui permet d'affirmer qu'on a affaire à un rhumatisme vrai, aigu, fébrile, consiste en ce que les douleurs sont surtout nocturnes : le salicylate en aura alors facilement raison.

Si la clinique permet à elle seule de faire rapidement le diagnostic, il n'en est pas de même pour les douleurs isolées, arthralgies, névralgies, d'un diagnostic parfois difficile, et où il ne s'agit plus d'une différence en plus ou en moins. Quand elles sont d'origine rhumatismale, ces douleurs sont, en effet, exclusivement nocturnes, et il n'en reste plus trace pendant le jour. Dans ces cas, si le malade qui vient nous consulter pour des douleurs dont l'apparence et le siège ne feraient jamais songer au rhumatisme, nous répondons pendant qu'il souffre uniquement ou davantage la nuit que le jour, nous pouvons lui affirmer que ses douleurs, quelle qu'en soit l'intensité, seront en très peu de temps guéries ou améliorées par le salicylate, de même qu'elles seraient absolument rebelles à ce traitement dans le cas contraire.

Les cas sont fréquents de traumatismes réveillant ou faisant naître dans une articulation des douleurs rhumatismales ; et il peut se passer bien des jours—au détriment du malade—avant que le médecin songe à démêler ce qui, dans la douleur, doit être attribué au traumatisme, ou à l'affection dominante, ou au rhumatisme réveillé ; et y songerait-il que le moyen d'y parvenir serait difficile ; et il reste impuissant, alors qu'il sera désormais très aisé, d'après la nature de la douleur, d'en connaître la cause exacte et de lui appliquer le traitement approprié.

Les maladies infectieuses peuvent, elles aussi, agir de même,

* LA CLINIQUE, No. 10, mai 1899.

soit chez des malades ayant déjà eu du rhumatisme, soit chez d'autres qui n'en avaient jamais présenté jusqu'à ce jour : la scarlatine, par exemple, les oreillons, la blennorrhagie, certaines angines, la dysenterie, etc.

Et ce n'est pas seulement pour les arthralgies qu'il peut être utile de posséder ce moyen de diagnostic. Il arrive souvent qu'il est difficile et cependant nécessaire de connaître exactement la nature d'une douleur. J'ai cité l'observation d'un malade atteint de douleurs lombaires, qui pouvaient être attribuées à un lumbago, une rupture musculaire, une lésion rénale, etc. De même dans les nombreuses névralgies qui peuvent apparaître en divers points du corps.

J'ai très fréquemment l'occasion de soigner des sciatiques, affection très commune chez les paysans. Par quel moyen en connaître la cause, chose cependant indispensable pour instituer un traitement rationnel ?

S'il s'agit de paludisme, la périodicité des douleurs nous éclairera ; mais en dehors de cette origine—assez rare—il peut en exister tant d'autres où le diagnostic devient des plus délicats et les échecs thérapeutiques fréquents.

Grâce au signe que je propose, les tâtonnements seront moins longs, car, toutes les fois que l'on hésitera sur la nature d'une névralgie et sur sa cause, il suffira d'attirer l'attention du malade sur le point de savoir durant quelle partie des vingt-quatre heures ses douleurs sont plus vives. S'il remarque qu'il souffre surtout ou uniquement pendant la nuit, on sera fixé et on pourra lui promettre une prompte guérison.

Et ce que je dis des névralgies sciatiques peut aussi bien s'appliquer à toutes les autres, et en particulier à la névralgie faciale.

Enfin, à côté de ces remarques pratiques, les plus importantes sans doute, le rythme régulier des douleurs rhumatismales, ayant leur apogée à peu près au même moment du nyctémère, suggère, nous semble-t-il, un curieux rapprochement avec le paludisme.

Celui-ci aussi peut présenter des accès subintrants, des fièvres continues, où le rythme habituel n'est pas apparent, comparables aux grandes crises du rhumatisme articulaire aigu généralisé ; mais le plus souvent, et surtout dans les névralgies d'origine paludéenne, le retour de la douleur à heure fixe rappelle d'une façon frappante l'exacerbation nocturne des douleurs rhumastismales. Il serait facile de pousser très loin le parallélisme entre les deux affections et de le retrouver jusque dans leur thérapeutique.

Les injections urétrales de Cocaine dans les rétentions d'urine d'origine spasmodique. Dans toute rétention d'urine, qu'elle qu'en soit la cause, même quand elle est classique, comme chez les rétrécis et les prostatiques, il y a toujours un élément spasmodique, un spasme de l'appareil sphinctérien de l'urètre. Mais il est aussi des cas dans lesquels ce spasme est la cause unique de la rétention, la vessie, la prostate, l'urètre ne présentant aucune lésion. Cette rétention spasmodique, on peut l'observer comme on sait dans

des conditions très variées, tout d'abord chez les névrophates avérés, ensuite consécutivement aux fractures du bassin ou à la suite d'une kélotomie ou d'une intervention pour hydrocèle, pour fissure anale, etc., etc.

Ces faits sont connus depuis longtemps, et le traitement qu'on institue en pareil cas est devenu tout à fait classique et, en apparence, on ne peut plus rationnel. On donne de l'opium pour amener une sédation du système nerveux et agir indirectement sur le sphincter urétral contracturé ; on fait mettre, dans le même but, des linges ou cataplasmes chauds, sur le bas-ventre ; on donne des lavements chauds, on place des suppositoires calmants, on prescrit même, quand c'est possible, de grands bains chauds, et on attend. Cette thérapeutique réussit souvent, mais souvent aussi elle échoue. Reste alors la ressource du cathétérisme.

Mais dans les conditions en présence, c'est-à-dire quand la vessie est distendue et congestionnée, le cathétérisme n'est pas sans danger, et, si aseptiquement qu'il soit fait, il peut amener et amène souvent une infection de la vessie. Aussi arrive-t-il souvent que tel malade opéré d'une hernie ou d'une hydrocèle quitte l'hôpital, guéri de sa maladie, mais en emportant une cystite plus ou moins rebelle dont l'origine réside dans les cathétérismes nécessités par les accidents de rétention réflexe. Pour la même raison, d'autres malades soignés pour une fracture du bassin, un traumatisme du tronc, voient le pronostic de leurs lésions s'assombrir par l'apparition d'une infection vésicale produite par un cathétérisme et capable de remonter vers les reins.

Y a-t-il autre chose à faire avant d'arriver au cathétérisme, quand les moyens classiques ont échoué ?

À cette question, que tout praticien a dû se poser bien souvent, nous trouvons une réponse dans un travail publié récemment par M. Martel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de St-Étienne. Observations à l'appui, il montre que, dans la grande majorité des cas, la contraction réflexe du sphincter, urétral et, par conséquent, la rétention spasmodique d'urine, cèdent à un moyen bien simple : l'injection intra-urétrale de cocaïne.

M. Martel a été conduit à préconiser les injections de cocaïne, en vertu des considérations suivantes.

Il s'était dit tout d'abord que les lavements d'eau chaude, parvenant parfois à amener la résolution du spasme urétral, et cela à travers les parois du rectum, il serait plus simple encore de mettre l'eau chaude directement en contact avec le sphincter. Il essaya donc les injections intra-urétrales chaudes et même l'irrigation chaude continue de l'urètre. Ce traitement n'ayant donné aucun résultat dans plusieurs cas, M. Martel eut l'idée d'adjoindre à l'eau chaude un peu de cocaïne, et il constata à sa grande satisfaction qu'une injection de cocaïne faite dans l'urètre, amenait la disparition du spasme, suivie au bout de quelque temps de l'évacuation de la vessie.

La solution de cocaïne employée par M. Martel, est celle de Reclus ; elle est à 2 pour 100. L'injection est faite tiède ou chaude, avec une seringue urétrale ordinaire, d'une capacité de 6 à 7 centi-

mètres cubes. Le liquide est poussé dans l'urètre sans force ; puis, l'injection étant faite, on retire la seringue en pinçant en même temps le méat avec les doigts. On fait quelques malaxations du canal pour refouler la solution de cocaïne vers l'urètre profond. Une ou deux minutes après, on lâche le méat, et il sort du canal 4 ou 5 grammes de liquide injecté. Au bout de quelque temps, le malade, qui continue à souffrir de coliques vésicales, sent l'obstacle vaincu et se met à uriner.

Le temps qui s'écoule entre l'injection et la miction spontanée est variable. Dans plusieurs cas il n'a été que de quelques minutes ; ordinairement il est environ d'un quart d'heure ; exceptionnellement il peut durer plus longtemps.

Nous pouvons donc conclure avec M. Martel que, si on se trouve en présence d'une rétention spasmodique réflexe, contre laquelle ont échoué les moyens ordinaires (cataplasmes chauds, lavements), il est indiqué d'essayer l'injection intra-urétrale de cocaïne et d'attendre son effet avant de recourir au cathétérisme.

R. ROMME,
Préparateur à la Faculté.

A. Pawlowsky. *Etude expérimentale sur l'infection et l'immunité* (*Zeitschrift für Hygiene and Infektionskrankheiten*, 1900, Vol. XXXIII, p. 261). Les expériences très nombreuses faites par l'auteur lui ont permis d'établir que les microorganismes pyogènes (staphylocoque, bacille pyocyanique, bacille typhique, diphtérique, etc.), introduits dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un animal, apparaissent très rapidement dans le sang et dans les organes internes. Ce passage s'effectue par le courant lymphatique. La rapidité avec laquelle les microbes passent du tissu cellulaire sous-cutané dans les reins et le foie, voire dans l'urine et la bile, exclut toute idée de lésion préalable de ces organes ou de formation d'un foyer pathologique proprement dit dans ces mêmes organes. D'un autre côté, le nombre considérable de colonies microbiennes qu'on trouve dans ces organes, leur disposition et plusieurs autres faits d'observation permettent d'affirmer que les phagocytes n'interviennent pas dans le transport des bactéries introduites dans le tissu cellulaire.

Les microbes, pyogènes ou non, introduits dans le tissu cellulaire sous-cutané, sont éliminés par l'urine et la bile, et, dans certains cette élimination est, dès le début, très énergique. Cette période précoce d'élimination primitive, au cours même de l'incubation, est désignée par M. Pawlowsky sous le nom de période d'élimination de l'infection.

Le sérum des animaux immunisés contre le microorganisme pyogène possède un pouvoir d'agglutination d'intensité variable, mais en rapport avec le degré de l'immunité de l'animal. La formation par l'organisme de substances agglutinantes, c'est-à-dire l'apparition dans les liquides de l'organisme d'une action affaiblissant les microorganismes qui sont en train de l'envahir, constitue, en dernière analyse, le mécanisme de la guérison ou de l'immunité. C'est le mode d'action sur les microorganismes des liquides orga-

niques modifiés dans le sens sus-indiqué qui détermine le sort et l'évolution ultérieure de l'infection, en donnant lieu tantôt à la destruction des microorganismes à la porte d'entrée même de l'infection, tantôt à l'absorption, puis à l'élimination rapide des microbes par la bile et l'urine, tantôt à la formation d'un foyer local, tantôt, enfin, à la production de foyers multiples (infection septique). Dans tous ces modes d'évolution, le rôle des phagocytes apparaît comme très limité, subordonné toujours à celui des liquides organiques, et consistant à s'emparer des microbes déjà affaiblis par l'action des liquides organiques. Les phagocytes fuient, pour ainsi dire, les microbes très virulents et sont empoisonnés par les toxines de ces derniers. Quand les microbes, en se multipliant, ne trouvent pas dans l'organisme des liquides doués de propriétés antitoxiques, la phagocytose ne se produit pas, même dans les cas d'infection streptococcique ou staphylococcique.

Dans l'organisme artificiellement immunisé, la distribution des substances antitoxiques (bactéricides agglutinantes, antitoxiques proprement dites) est très variable, suivant les tissus et les organes. Chez les animaux immunisés contre les pyogènes (contre le staphylocoque en particulier), les substances antitoxiques s'accablent principalement dans la rate et la moelle osseuse, c'est-à-dire dans les organes hématopoïétiques, riches en nucléine; elles sont moins abondantes dans le foie, et en très petite quantité dans le cerveau et la moelle osseuse. Cette distribution inégale de substances antitoxiques explique, dans certains cas, la localisation des agents infectieux dans certains organes.

L'organisme normal possède aussi des substances antitoxiques dont la distribution est aussi inégale suivant les organes. Les substances antitoxiques, qui agissent plus spécialement sur les microorganismes pyogènes et le bacille typhique, sont contenues principalement dans la moelle osseuse et la rate; les substances antitoxiques agissant sur la toxine tétanique résident surtout dans le système nerveux (Wassermann). Les faits bien connus, qui ont permis d'établir ces propriétés antitoxiques de certains organes et tissus, viennent, en outre, démontrer, à leur tour, le rôle subordonné de la phagocytose dans le mécanisme de l'immunité et de la guérison.

R. ROMME.

Herbert P. Hawkins et E. O. Thurston. *Un cas de fièvre typhoïde de durée anormale; perforation du cæcum et péritonite; opération; guérison.* (*The Lancet*, 1899, p. 1004.—L'observation rapportée par les auteurs est intéressante non-seulement par la longueur de l'évolution et la guérison chirurgicale de la perforation intestinale, mais aussi par l'apparition tardive de la réaction de Widal et les complications suppuratives guéries après injection de sérum antistreptococcique.

La malade, âgée de onze ans, entre le 14 Octobre 1898 à l'hôpital Saint-Thomas. La courbe thermique pendant les cent-quatorze jours que dura la maladie, à l'hôpital, donne une vue d'ensemble des accidents.

Quand la malade entra, souffrante depuis onze jours, elle avait

39° 4 de température, le ventre ballonné, le facies typhique, la langue très chargée ; les taches rosées lenticulaires manquaient, la réaction de Widal était négative, la diazo-réaction douteuse.

La température se maintint entre 38° 8 et 39° 4 jusqu'au dix-huitième jour. Du 18^e au 25^e jour, pendant le stade amphibole, la réaction de Widal resta négative. A partir du 26^e jour, la température monta progressivement avec des rémissions matinales de 2° environ jusqu'au 41^e jour, où survint une perforation avec les signes classiques d'une péritonite. Le soir le pouls était à 140, la température à 40° 5. On décida l'opération. Elle fut faite le lendemain matin, 13 Novembre, par Thurston. A l'ouverture du péritoine, issue de liquide séro-purulent d'odeur fécale ; on trouve à la face antérieure du cæcum une perforation de 4 millimètres de diamètre entourée de tissu induré : suture à la Lembert, enfouissement, nouveau plan de sutures ; lavage de la cavité abdominale à l'eau stérilisée ; drains et gaze, durée : vingt-cinq minutes. Au premier pansement du pus s'écoule encore. Le 16, surviennent de nouvelles douleurs abdominales et la température atteint 39° 4 le soir (injection de sérum artificiel).

Cinq jours plus tard se collecte un phlegmon de la parotide droite, et, le lendemain, un autre, au point d'injection du sérum.

Depuis lors jusqu'au soixante-dix-huitième jour, la température atteint tous les soirs 39° 5 avec grandes rémissions de 2 à 3 degrés le matin. Les deux abcès sont ouverts le 3 Décembre. Une double otite moyenne éclate le 4. Le 7, le genou gauche, distendu par un épanchement, est rouge et douloureux ; le 8, le droit est pris. Croyant à une infection septique, on commence, le 10, des injections de 5 centimètres cubes de sérum antistreptococcique continuées pendant onze jours. Du 7^e au 10^e jour, apyrexie relative.

Nouvelle poussée thermique de 16 jours et, enfin, guérison. La réaction de Widal fut pour la première fois positive le 12 Janvier, c'est-à-dire le 103^e jour de la maladie ; elle le fut à 1/20 au bout de 20 minutes.

Rappelant les cas de guérisons opératoires dans les perforations dothiéntériques, les auteurs donnent une moyenne de 22 guérisons sur 105 cas et concluent que c'est dans les douze premières heures après le début des accidents que l'opération est le plus favorable.

L. LAVASTINE.

LIVRES NOUVEAUX

HENRI VARNIER

Professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux.— *Obstétrique journalière*, in-4° de 435 pages, 387 figures d'après nature (G. Steinheil, éditeur, Paris).

“ Etant donnée une femme qui se croit enceinte et vient vous consulter, reconnaître la grossesse, la surveiller et la conduire sans encombré jusqu'au terme, faire que l'enfant naisse vivant, en présentation du sommet, que la délivrance soit simple et complète, et les suites de couches aseptiques.”

Tel est le programme indiqué dans cet ouvrage, où l'on trouve, dès la première page, le diagnostic et l'hygiène de la grossesse. C'est là une innovation, car jusqu'ici les traités d'accouchements étaient encombrés de chapitres d'anatomie et de physiologie pure, d'embryologie qu'on peut très bien apprendre ailleurs.

On est mis immédiatement en présence d'une femme enceinte, on la voit photographiée debout, couchée, aux différentes époques de la grossesse. La photographie nous montre ensuite l'abdomen de la femme enceinte après autopsie, ou coupé en tranches après congélation.

Sur ces coupes, les unes recueillies dans les auteurs, les autres plus nombreuses, originales, réunies depuis quatorze ans par MM. Pinard et Varnier, les organes sont à leur place naturelle, et non plus là où nous étions habitués à les voir mettre par l'imagination d'un dessinateur.

Ces figures laissent un souvenir de choses vues, et en lisant le texte qui les encadre, on croit entendre la voix qui les explique, et suivre le doigt qui en montre les points intéressants.

C'est de cette façon, qu'après avoir étudié la grossesse normale, on voit la femme accoucher normalement.

La photographie nous montre encore ce que le doigt qui explore pourra sentir, le col s'effaçant, puis se dilatant, la poche des eaux, et, enfin, l'expulsion du fœtus, la tête pointant à la vulve, accomplissant des mouvements de va-et-vient, puis sortant.

Les phénomènes du travail ainsi présentés dans leur ensemble sont ensuite analysés dans le détail, les contractions utérines ou phénomènes actifs, la poche des eaux, le mécanisme de la sortie du fœtus ou phénomènes actifs.

L'enfant vient de naître, voici la période de délivrance; nous suivons sur des ventres de femmes les mouvements de l'utérus, et nous voyons le placenta qu'on extrait à la vulve. Mais pour bien comprendre ce que l'on vient de voir, il faut suivre l'étude du placenta, l'étude de l'utérus dans la période de délivrance, et la photographie, toujours, nous met sous les yeux des pièces dont le cliché est émaillé de signes, qui nous économisent la peine de la fouiller et de la disséquer. Comment tient le placenta dans l'utérus, comment il adhère, et par suite comment il se décolle: les raisons histologiques de ces phénomènes n'étaient jusqu'ici accessibles qu'à quelques initiés, à ceux-là seuls qui pouvaient être familiarisés avec l'usage des microscopes. Les photographies histologiques font voir, telles qu'elles sont, la villosité, ses vaisseaux, ses cellules, on la voit libre dans le sinus sanguin ou se cramponnant à la muqueuse et au muscle utérin.

La femme est accouchée, alors commence la période des suites de couches; il a fallu la défendre contre l'infection pendant l'accouchement, et, si cette infection sur-vient, il faut la dépister dès les premières heures, pour la combattre énergiquement.

Que devient l'utérus et la plaie utérine dans les suites de couches? Nous n'avons encore qu'à regarder ici des ventres ouverts, là des utérus fendus; nous assistons à la lente régression de la muqueuse et du muscle, à la thrombose des vaisseaux. Nous connaissons la place que le microbe va envahir.

Mais ce microbe d'où vient-il? Vient-il seulement du dehors? Ne peut-il pas venir du vagin lui-même, sans y avoir été apporté au cours de l'accouchement? La grande question de l'auto ou de l'hétéro-infection nous conduit, après discussion, à la doctrine de combattre et de prévenir l'infection d'où qu'elle vienne.

Le streptocoque est-il le seul agent? ou faut-il imputer les accidents puerpéraux à d'autres espèces? Il ressort d'un exposé critique des plus précis, que c'est lui qui est le plus souvent l'agent infectueux. Mais il faut penser aux autres infections puerpérales, surtout à celles causées par les anaérobies, dont l'étude est à peine ébauchée à l'heure actuelle. Tout cela pour en arriver à conclure qu'en obstétrique l'asepsie n'est pas suffisante, il faut faire de l'antiseptie.

Telles sont les grandes lignes de cet ouvrage, où l'on trouve une nouvelle manière d'enseignement médical, qu'on aura grand profit à imiter dans l'avenir. Ce livre survivra à bien des choses de ce temps, et l'on peut dire qu'il sera impossible de ne pas le consulter, quand, désormais, on voudra apprendre ou enseigner les accouchements.

V. WALLICH.

En vente chez Deom, Frères. 1877 Ste-Catherine.

Les albuminuries curables, par M. TEISSIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

La question de la curabilité des albuminuries intéresse à un très haut point le médecin praticien. A quoi peut-on reconnaître la curabilité possible d'une albuminurie? Dans quelles conditions cette curabilité peut-elle s'obtenir et dans quelles limites est-on en droit de l'espérer? Telles sont les questions que M. Teissier résout dans ce nouveau volume de la collection des *Actualités médicales*.

Il passe ainsi successivement en revue les albuminuries fonctionnelles ou organiques, c'est-à-dire sans lésion nettement déterminée de l'appareil rénal, puis les albuminuries rénales, supposant une altération plus ou moins avancée du parenchyme glandulaire.

Les albuminuries fonctionnelles comprennent quatre chapitres spéciaux: 1. Les albuminuries intermittentes, irrégulières, des sujets en apparence bien portants; 2. les albuminuries des adolescents, généralement intermittentes et cycliques; 3. les albuminuries d'ordre digestif ou hépatique; 4. les albuminuries d'ordre névropathique notamment l'albuminurie de la station debout ou orthostatique.

Les albuminuries rénales se divisent en deux groupes: les néphrites aiguës infectieuses et les albuminuries permanentes des néphrites chroniques.

BERNHEIM.—*La Digitale* (1 vol. in-18, Maloine, éditeur, Paris 1900):

L'auteur fait une étude expérimentale, clinique et thérapeutique de ce médicament dont l'utilité est aussi grande que l'emploi inopportun en est dangereux. Après avoir approfondi la question physiologique sur laquelle il insiste particulièrement, il examine sous toutes ses faces le problème clinique. Il pose en axiome que

jamais un praticien ne doit prescrire la digitale ou l'un de ses dérivés à un sujet dont le muscle cardiaque ne réagit plus. De cet axiome appuyé sur des faits, découlent de nombreuses conclusions pratiques, toutes plus importantes les unes que les autres et que le praticien lira avec fruit. C'est ainsi que dans les cardiopathies, les indications et les contre-indications de la digitale et de la digitoline sont nettement décrites. De même, est étudiée clairement l'action diurétique du médicament. Enfin, l'auteur expose dans un dernier chapitre comment, quand et sous quelle forme il faut employer la digitale en dehors des affections cardiaques.

Le Corset, étude physiologique et pratique, par madame Gaches-Sarrante, docteur en médecine de la faculté de Paris (Masson & Cie, éditeur).

Si toutes les femmes élégantes (et qui se disent telles parce qu'elles déforment ridiculement leur taille en la comprimant dans des corsets dispendieux, et se donnent l'apparence de n'avoir ni estomac ni intestins), si toutes ces femmes lisaient le petit opuscule que vient de publier madame le docteur Gaches-Sarrante sur le corset, il serait permis d'espérer que, dans un avenir plus ou moins éloigné, la toilette des femmes redeviendrait rationnelle.

C'est malheureusement un desiratum impossible à réaliser.

Mais au moins le médecin, le praticien, l'accoucheur surtout, devrait lire cet intéressant volume édité avec luxe par Mme Masson & Cie, et dont les gravures nombreuses rendent les explications de l'auteur si faciles à saisir, il pourrait se convaincre des graves inconvénients du corset dont, en général, il faut en convenir, il ne se préoccupe guère. Dès lors, partisan convaincu de l'abolition du corset, il s'efforcerait de faire passer sa conviction dans l'esprit de ses clientes, et nous pourrions encore espérer voir bientôt cesser les hostilités des femmes envers leur taille et entrevoir pour nos arrière-petits-fils ou neveux la possibilité de la régénération de la belle et saine anatomie féminine qui est la plus parfaite expression de la beauté plastique, et dont nous sommes si loin de nos jours.

A. DE MARTIGNY.

NOTES

M. le Docteur Emmanuel Percilier Lachapelle est parti le 11 juillet pour Paris. Le Docteur Lachapelle assistera au congrès médical et sera de retour fin août.

Messieurs les docteurs Roddick et Amédée Mercier se sont aussi embarqués pour Paris.

M. le Docteur Brennan a été nommé professeur de gynécologie à l'université Laval, et M. le docteur Hervieux professeur de matière médicale et de thérapeutique. Ces nominations étaient attendues par tous, depuis longtemps déjà, et méritées depuis plus longtemps encore par les nouveaux titulaires à qui nous sommes heureux de présenter nos sincères félicitations.

LA REDACTION.

Table des Matières

Description du lobule prostatique.....	<i>A. Guépin</i>	1
Les acnés.—I. L'acné vulgaire.—Sa description.—Son traitement.....	<i>M. E. Gaucher</i>	10
Le congrès de Berlin pour la lutte contre la tuberculose.....	<i>Les profs. Brouardel et Landouzy</i>	22
La phthisie et son traitement.....	<i>A. F. Plicque</i>	33
Equivalence du système métrique avec les poids et mesures anglaises.....		37
Indications et contre-indications du traitement de l'alcoolisme chronique.....	<i>Prof. Combemale</i>	44
Canadian Medical Association.....		46
Bibliographie.....		48
Dermatoses parasitaires.....	<i>Paul E. Prévost</i>	49
Les acnés (suite).....	<i>M. E. Gaucher</i>	60
De l'action thérapeutique de courants de haute fréquence dans l'arthritisme.....	<i>G. Apostoli</i>	71
Traitement des infections broncho-pulmonaires aiguës par le carbonate de créosote.....	<i>E. Cassoute</i>	74
Revue médicale des Sociétés savantes.....		85
Traitement de la chlorose.....	<i>H. Huchard</i>	87
Traductions et analyses.....		93
Bibliographie.....		94
Prostato-mégalie.....	<i>Paul Lozé</i>	97
Pathogénie de l'hypertrophie sénile de la prostate.....	<i>A. Guépin</i>	102
Les acnés (suite et fin).....	<i>M. E. Gaucher</i>	105
Maladies du foie (insuffisance hépatique).....	<i>Emile Boix</i>	117
Diagnostic du travail de l'accouchement.....	<i>Ch. Maygrier</i>	137
Réflexions.....	<i>Adelstan de Martigny</i>	145
Le traitement de l'obésité.....	<i>Paul Chéron</i>	152
Le traitement de la coqueluche non compliquée.....	<i>A. F. Plicque</i>	169
Diagnostic du travail de l'accouchement (suite).....	<i>Ch. Maygrier</i>	172
Le catarrhe naso-pharyngien chez les enfants.....	<i>J. Comby</i>	178
Traitement de l'éclampsie puerpérale.....		182
Traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale.....	<i>Dr Sébilleau</i>	183
Remarques sur le rôle du médecin dans la syphilis ignorée chez la femme mariée.....	<i>Adelstan de Martigny</i>	193
Les liquides abondants, etc.....	<i>R. Romme</i>	200
Désinfection des chambres des malades par l'aldéhyde.....	<i>P. A. Mesnard</i>	205
Analyses.....		210
La peste bubonique et le sérum antipesteux.....		220
Congrès international de médecine.....		229
Intérêts professionnels.....		232
Bibliographie.....		238
Notes diverses.....		240

De la miction fréquente.....	<i>Adelstan de Martigny</i>	241
Examen électrique de l'appareil digestif.....	<i>Foveau de Courmelles</i>	245
Injections sous-cutanées de sérum gélatiné dans la variole hémorragique..	<i>Boy-Tessier</i>	254
Traitement diététique et médicamenteux des hémorroïdes.....	<i>R. Romme</i>	255
Les hémoptysies dans la tuberculose et leur traitement.....	<i>A. F. Plicque</i>	260
Traitement du muguet chez les nouveau-nés.....	<i>M. Labbé</i>	263
Traitement du muguet par le tampon boriqué.....		266
Le traitement de l'athérome.....		267
Le traitement des hernies.....		269
Congrès international de médecine de Paris, 2-9 août 1900.....		273
Notes diverses.....		274
Bibliographie.....		277
Otéopériostite syphilitique localisée à l'apophyse mastoïde.....	<i>Paul Viollet</i>	279
Quelques mots sur l'opération du strabisme.....	<i>A. Trousseau</i>	283
Traitement de la salpingo-ovarite par l'ablation d. deux trompes avec conservation partielle ou totale d'un ovaire.....	<i>F. Jayle</i>	286
Traitement de l'eczéma de l'oreille.....	<i>Marcel Lermoyez</i>	292
Les vomissements des nouveau-nés et leur traitement.....		298
L'épistaxis et son traitement.....	<i>Paul Raugé</i>	302
Emploi thérapeutique des lavements alimentaires.....	<i>F. Rebryen</i>	308
Correspondance d'Afrique.....	<i>Dr E. Fiset</i>	312
Le Comité d'études médicales.....		316
Correspondance—Intérêts professionnels.....		317
De l'électricité dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de la paralysie infantile.....	<i>H. Lebon</i>	320
Alimentation dans la fièvre typhoïde.....	<i>H. Vaquez</i>	328
La médication arsenico-ferrugineuse dans les chloro anémies et la tuberculose.....	<i>Martinet</i>	337
Les vomissements périodiques et son traitement chez les enfants.....	<i>R. Romme</i>	347
Les cirrhoses alcooliques du foie et leur traitement.....		350
Bibliographie—Les aliénés devant la loi.....		355
Notes diverses.....		356
Intérêts professionnels.....		357
Résultats éloignés de la résection du cœcum dans un cas de cancer et dans un cas de tuberculose.....	<i>Delaunay</i>	359
La constipation habituelle d'origine spasmodique son traitement.....	<i>R. Romme</i>	368
Pneumonie contusive.....	<i>A. Souques</i>	372
L'épistaxis et son traitement (suite).....	<i>Dr Paul Raugé</i>	378
Causes et traitement des abcès chauds de la prostate.....	<i>A. Routhier</i>	384
Bibliographie.....		390
Notes diverses.....		393
Nos députés—Le bill Tellier.....	<i>Adelstan de Martigny</i>	395
Clinique.—Choléra infantile.—Myxoedème congénital.—Vulvovaginite purulente aiguë.—Pleurésie purulente.....	<i>Marfan</i>	398
Médecine pratique.—Traitement de la pneumonie d'après le professeur Eichorst.....	<i>R. Romme</i>	408
Nouvelles recherches sur la propagation de la tuberculose par les crachats humides.....	<i>R. Romme</i>	411

Les divers modes d'administration de la créosote.....	<i>A. F. Plicque</i>	414
Traitement abortif de la blennorrhagie.....	<i>A. F. Plicque</i>	418
Incontinence due aux troubles de réfraction oculaire.....	<i>A. Troussseau</i>	420
Un essai d'alimentation par le sucre dans l'armée allemande.....	<i>C. Fischer</i>	423
Le rhumatisme chronique déformant, son pronostic, son traitement.....	<i>A. F. Plicque</i>	427
L'orthoforme.....	<i>A. F. Plicque</i>	431
Variétés.—Le droit au mariage.....		432
A quel âge se prend la syphilis.....		434
Traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections sous-cutanées de gélatine.....		435
La cure d'huile contre la constipation.....		436
Bibliographie.....		436
Trois cas de grossesse extra-utérine.....	<i>E. Delaunay</i>	438
Clinique obstétricale.—M. le Prof. Pinard.—Les hémorragies de la délivrance.....		443
Clinique des maladies infantiles.—Végétations adénoïdes; impétigo; bronchites à répétition.—Pneumonie grippale; traitement.—Abscess de l'amygdale; diagnostic et traitement; ne pas l'ouvrir.....		446
Le signe de Musset.....	<i>Armand Delpuech</i>	450
Quelques considérations sur le kermès et l'émétique.—Intoxication par l'émétique.....		455
Le traitement topique des tumeurs blanches d'après Lucas-Championnière.....		458
Les points de côté des alcooliques.....	<i>G. Milian</i>	461
Le mariage et l'avenir.....	<i>Albert Prieur</i>	467
Grandeur et décadence des opérations curatives chez les vieux prostatiques.....	<i>A. Guépin</i>	470
Traitement du cancer humain par les produits solubles du cancer des arbres.....		472
Variétés.—Les compresses d'alcool comme traitement du péritonisme et des coliques appendiculaires.....		473
Nouvelle seringue de Roux, pour les injections de sérum.....		474
Conférences médicales internationales.....		474
Sur un nouveau traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale.....		474
Emploi de la pâte de zinc au sucre en dermatologie.....		475
Bibliographie.....		476
Le prix Samuel D. Gross.....	<i>A. de Martigny</i>	479
Clinique dermatologique.—Hôpital St-Louis.—M. Gaucher.—La gale.—Historique-parasite.—Symptomatologie.....		481
Fosticide-thérapeutique.....		485
Traitement des névralgies par l'aconitine.....		490
Le traitement des loupes par les injections intersticielles d'Ether.....		493
Analyses.—Œdème sur-aigu du poumon.....	<i>A. de Martigny</i>	499
L'urgence de l'intervention chirurgicale en matière d'appendicite.....	<i>E. Parizeau</i>	503
Le rhumatisme aigu et le rhumatisme chronique.....	<i>Aymard</i>	504
Les injections urétrales de cocaïne dans les rétentions d'urine d'origine spasmodique.....	<i>R. Romme</i>	505
Etude expérimentale sur l'infection et l'immunité.....		507

TABLE ALPHABETIQUE.

A

Abcès de l'amygdale—diagnostic et traitement.....	<i>Marfan</i>	446
Acnés, (les) Acné vulgaire—sa description, son traitement.....	<i>E. Gaucher</i>	10
“ (les) suite.....		60
“ (les) “.....		105
Adénopathies, (traitement des) tuberculeuses de la région cervicale	<i>Sebilléau</i>	183
Analyses.—Œdème sur-aigu du poumon.....	<i>A. de Martigny</i>	499
Anévrismes de l'aorte, (traitement des).....		435
Antipeste-x. (La peste bubonique et le serum).....		220
A quel âge se prend la syphilis.....		434
Athérome, (traitement de l').....		267

B

Bibliographie.....	48, 94, 238, 277, 355, 390, 436,	466
Bleennorrhagie, (traitement abortif de la).....	<i>A. F. Plicque</i>	418
Bronchite à répétition (chez les enfants).....	<i>Marfan</i>	446

C

Canadian Medical Association.....		46
Cancer humain, (traitement du) par les produits solubles du cancer des arbres.....	<i>Bra et Mongour</i>	472
Catarrhe (le) naso-pharyngien chez les enfants.....	<i>J. Comby</i>	178
Causes et traitement des abcès chauds de la prostate....	<i>A. Routier</i>	384
Chlorose, (traitement de la).....	<i>H. Huchard</i>	87
Choléra infantile.....	<i>Marfan</i>	398
Cirrhoses (les) alcooliques du foie et leur traitement.....	<i>A. F. Plicque</i>	350
Clinique des maladies infantiles.....	<i>Marfan</i>	398
“ “ “.....	“	446
“ dermatologique.—Hôpital St-Louis.—M. Gaucher.—La gale.—Historique-parasite.—Symptomatologie.....		481
Comité d'études médicales.....		316
Compresses (les) d'alcool comme traitement du péritonisme et des coliques appendiculaires.....		473
Conférences médicales internationales.....		476
Congrès de Berlin, pour la lutte contre la tuberculose. Les professeurs	<i>Brouardel et Landonzy</i>	22
Congrès international de médecine.....	228,	273
Considérations (quelques) sur le kermes et l'émétique.....	<i>Prof Pouchet</i>	455
Constipation (la) habituelle spasmodique, son traitement.....	<i>R. Roume</i>	368
Correspondance d'Afrique.....	<i>E. Fiset</i>	312
“ Intérêts professionnels.....	<i>E. N. Chevalier</i>	317
Coqueluche (la) non compliquée, son traitement.....	<i>A. F. Plicque</i>	169

Injections-sous cutanées de serum gélatiné dans la variole hémorragique	<i>Boy-Tessier</i>	254
Insuffisance hépatique	<i>Emile Boix</i>	177
Insomnies dues aux troubles de la réfraction oculaire.	<i>A. Trousseau</i>	420
Intérêts professionnels		232, 357

L

La médication arsenico-ferrugineuse dans le chloro anémie et la tuberculose	<i>Martinet</i>	337
La lutte contre la tuberculose—congrès de Berlin	<i>Prof. Brouardel</i>	22
Les injections urétrales de cocaïne dans les rétentions d'urine d'origine spasmodique	<i>R. Romme</i>	505
Les liquides abondants	<i>R. Romme</i>	200
Le lobule prostatique (description du)	<i>A. Guépin</i>	1
Le prix Samuel D. Gross	<i>A. de Martigny</i>	479
Le rhumatisme aigu et le rhumatisme chronique	<i>Aymard</i>	504
Le traitement des loupes par les injections intersticielles d'éther		493
L'urgence de l'intervention chirurgicale en matière d'appendicite	<i>E. Parizeau</i>	5c3

M

Maladies du foie (insuffisance hépatique)	<i>Emile Boix</i>	117
Mariage (le) et l'avenir	<i>Albert Prieur</i>	467
Médication (la) arsenico ferrugineuse dans le chloro anémie et la tuberculose	<i>Martinet</i>	337
Miction fréquente (de la)	<i>A. de Martigny</i>	211

N

Nos députés—(le bill Tellier)	<i>A. de Martigny</i>	395
Notes diverses	240, 274, 356,	393
Nouvelles recherches sur la propagation de la tuberculose par les crachats humides	<i>A. Romme</i>	408
Nouvelle seringue de Roux		474

O

Orthoforme (l')	<i>A. F. Plicque</i>	431
Osteo-périostite syphilitique localisée à l'apophyse mastoïde ..	<i>Paul Viollet</i>	279

P

Pathogénie de l'hypertrophie sénile de la prostate	<i>A. Guépin</i>	102
Peste bubonique (la) et le serum antipesteux		220
Phtisie (la) et son traitement	<i>A. F. Plicque</i>	33
Pneumonie contusive	<i>A. Souques</i>	372
Prostato Mégalie	<i>Paul Lozé</i>	97

Q

Quelques mots sur l'opération du strabisme	<i>A. Trousseau</i>	283
--	---------------------	-----

R

Réflexions	<i>A. de Martigny</i>	145
Remarques sur le rôle du médecin dans la syphilis ignorée chez la femme mariée	<i>A. de Martigny</i>	193
Résultats éloignés de la resection du caecum dans un cas de cancer et dans un cas de tuberculose	<i>E. Delaunay</i>	359
Rhumatisme chronique déformant, son pronostic et son traitement.	<i>A. Plicque</i>	427

S

Signe (le) de Musset	<i>A. Delpeuch</i>	450
Sur un nouveau traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale		474

T

Traitement des infections broncho pulmonaires, par la carbonatè de créosote	<i>E. Cassoué</i>	74
Traitement de la chlorose	<i>H. Huchard</i>	82
“ de l'obésité	<i>Paul Chéron</i>	152
“ de la coqueluche non compliquée	<i>A. F. Plicque</i>	169
“ de l'éclampsie puerpérale		182
“ des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale	<i>Sébilleau</i>	183
“ des névralgies par l'aconitine		490
“ diététique et médicamenteux des hémorroïdes	<i>R. Romme</i>	255
“ du muguet chez le nouveau né	<i>M. Labbé</i>	263
“ du muguet par le tampon borigué		266
“ de l'athérome		267
“ des hernies		269
“ de la salpyngo-ovarite, etc	<i>F. Jayle</i>	286
“ de l'eczéma de l'oreille	<i>Marcel Lermoyez</i>	292
“ de la pneumonie d'après le professeur Eichorst	<i>R. Romme</i>	408
“ abortif de la blennorrhagie	<i>A. F. Plicque</i>	418
“ des anévrismes de l'aorte par les injections de serum gélatiné		435
“ topique des tumeurs blanches d'après L. Championnière		458
“ du cancer humain par les produits solubles du cancer des arbres	<i>Bra et Mongour</i>	472
Trois cas de grossesse extra utérine	<i>E. Delaunay</i>	438

V

Vomissements (les) chez les enfants	<i>R. Romme</i>	347
Végétations adénoïdes	<i>Marfan</i>	446

Milian, G.—Les points de côté des alcooliques	461
Parizeau, E.—L'urgence de l'intervention chirurgicale en matière d'appendicite	503
Plicque, A. F.—La phtisie et son traitement	33
“ Le traitement de la coqueluche non compliquée	169
“ Les héonoptysies dans la tuberculose et leur traitement	260
“ Les divers modes d'administration de la créosote	414
“ Traitement abortif de la blennorrhagie	418
“ Le rhumatisme chronique déformant, son pronostic, son traitement	427
“ l'Orthoforme	431
Prévost, Paul E.—Les dermatoses parasitaires	49
Prieur, Albert.—Le mariage et l'avenir	467
Rangé, Paul.—L'épistaxis et son traitement	302, 378
Rebreynd, F.—Emploi thérapeutique des lavements alimentaires	308
Romme, R.—Les liquides abondants	200
“ Traitement diététique et médicamenteux des hémorroïdes	255
“ Les vomissements périodiques et leur traitement chez les enfants	347
“ La constipation habituelle d'origine spasmodique et son traitement	368
“ Traitement de la pneumonie d'après le professeur Eichorst	408
“ Nouvelles recherches sur la propagation de la tuberculose par les crachats humides	411
“ Les injections urétrales de cocaïne dans les rétentions d'urine d'origine spasmodique	505
Routier, A.—Causes et traitement des abcès chauds de la prostate	384
Sébilléau.—Traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale	183
Souques A.—Pneumonie confusives	372
Trousseau A.—Quelques mots sur l'opération du strabisme	283
Vaquez H.—Alimentation dans la fièvre typhoïde	328
Viollet Paul.—Ostéo-périostite syphilitique localisée à l'apophyse mastoïde	279

R SIROP DE **J. BUCI**
RAIFORT IODÉ (A FROID)
 L'IODE, combiné aux sucs des plantes antiscorbutiques, est merveilleux pour combattre les Glandes du Cou, Scrofule, Pâleur, Croûtes de Lait, Rougeurs, etc.; c'est un Aidant et un dépuratif énergique du sang pour les enfants et adultes.
 Il remplace les huiles de foie de morue. PARIS, 25 ET 19, RUE SAVOUR ET RAIN.

DEPOT GÉNÉRAL POUR LE CANADA :

ROYER & ROUGIER FRÈRES, - à MONTREAL